

Ministério da Saúde
Fundação Oswaldo Cruz
Centro de Pesquisas René Rachou
Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde

“O farmacêutico na saúde coletiva: sua identidade, demandas do serviço e o papel do Internato Rural na sua formação”

por

Luciana Tarbes Mattana Saturnino

Belo Horizonte

Fevereiro/2008

Ministério da Saúde
Fundação Oswaldo Cruz
Centro de Pesquisas René Rachou
Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde

“O farmacêutico na saúde coletiva: sua identidade, demandas do serviço e o papel do Internato Rural na sua formação”

por

Luciana Tarbes Mattana Saturnino

Dissertação apresentada com vistas à obtenção do Título de Mestre em Ciências na área de concentração da Saúde Coletiva sub área de Educação em Saúde.

Orientação: Celina Maria Modena

Co-orientação: Zélia Profeta Luz

Edson Perini

Belo Horizonte

Fevereiro/2008

Catálogo-na-fonte
Rede de Bibliotecas da FIOCRUZ
Biblioteca do CPqRR
Segemar Oliveira Magalhães CRB/6 1975

S354f
2008

Saturnino, Luciana Tarbes Mattana.

O farmacêutico na saúde coletiva: sua identidade, demandas do serviço e o papel do Internato Rural na sua formação / Luciana Tarbes Mattana Saturnino. – Belo Horizonte, 2008.

x, 89 f.: il.; 210 x 297mm.

Bibliografia: f.: 82 – 84

Anexos: f. 85 - 89

Dissertação (Mestrado) – Dissertação para obtenção do título de Mestre em Ciências pelo Programa de Pós - Graduação em Ciências da Saúde do Centro de Pesquisas René Rachou. Área de concentração: Saúde Coletiva. Sub-área: Educação em Saúde.

1. Farmacêuticos/tendências 2. Educação em farmácia/normas 3. Sistema Único de Saúde/utilização 4. Internato e Residência/recursos humanos 5. Farmácias/história I. Título. II. Modena, Celina Maria (Orientação). III. Luz, Zélia Maria Profeta da (Co-Orientação). IV. Perini, Edson (Co-orientação).

CDD – 22. ed. – 615.109 2

**Ministério da Saúde
Fundação Oswaldo Cruz
Centro de Pesquisas René Rachou
Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde**

**“O farmacêutico na saúde coletiva: sua identidade, demandas do serviço e o papel do
Internato Rural na sua formação”**

por

Luciana Tarbes Mattana Saturnino

Foi avaliada pela banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof. Dra. Celina Maria Modena (Presidente)

Prof. Dra. Josélia Oliveira Araújo Firmo

Prof. Dr. Nery Cunha Vital

Suplentes: Dr. Gil Sevalho

Dissertação defendida e aprovada em: 25 de fevereiro de 2008

*"só o desejo inquieto que não passa, faz o encanto
da coisa desejada e terminamos desdenhando a
caça pela doida aventura da caçada."*

Mario Quintana

AGRADECIMENTOS

A você, Celina, dedico minha total admiração e respeito. Agradeço pelos conselhos, por sua dedicação, pelas valiosas críticas, pela preocupação e, principalmente, por sua amizade. Obrigada por estar comigo durante toda esta trajetória, ajudando a arquitetar e concretizar este sonho.

À minha co-orientadora, Zélia, por ter feito quase um papel de “mãe”, como ela mesma se caracterizou em vários momentos. Obrigada por ter se disposto a dar corpo às minhas idéias, pelo seu super interesse e pelas contribuições. Sem a sua amizade as coisas teriam sido muito mais difíceis.

Ao meu co-orientador, Edson, obrigada por todo o crédito depositado desde o início do projeto e por estar ao meu lado, com os pés no chão, enriquecendo sempre nas avaliações dos trabalhos.

À Dra. Virgínia Schall pela confiança, oportunidade e acolhida desde o primeiro momento, a entrevista de seleção do mestrado.

Ao Professor Antônio Basílio por ter acreditado e apostado em meu trabalho e por todo o seu empenho.

Ao Professor José Augusto Dupim por ter despertado em mim o desejo e a coragem de lutar pelo ideal da profissão farmacêutica. Obrigada por toda contribuição e incentivo desde a graduação.

Ao Professor Gil Sevalho pela torcida, apoio e valiosas contribuições mesmo antes da minha inserção no mestrado.

Ao Professor Nery Vital pelas contribuições da qualificação e por ter aceitado participar como membro da banca avaliadora.

À Dra. Josélia Firmo pela disponibilidade em participar como membro da banca avaliadora.

À Vicencina da Costa Val, gerente de assistência terapêutica da Secretaria Municipal de Saúde, pela colaboração e por todo crédito depositado.

À FIOCRUZ e à FAPEMIG pelo suporte financeiro sem o qual este trabalho não teria se concretizado.

Ao bibliotecário Segemar Magalhães pelas publicações e pelas prestativas informações.

Às secretárias Aline Sodré e Cristiane Gomes pela disponibilidade e profissionalismo.

À minha companheira de mestrado, Taís Figueira, por ter me oferecido a luz no momento em que estava em um quarto escuro. Obrigada por toda ajuda durante a construção e a coleta de dados deste trabalho. Com certeza estes resultados são frutos das nossas “conversas”!

À equipe do LABES e demais amigos do IRR pelo incentivo e, é claro, pelas brincadeiras que ajudaram a tornar mais leves os meus dias nesta instituição.

À minha amiga, Heloísa Alvarenga, pelo apoio, carinho, compreensão e torcida.

Aos amigos de Itabira e à minha família, em especial a Rê, Rubiana e Carol, agradeço pela admiração e por terem compreendido minha ausência. Vocês despertam em mim os melhores sentimentos e são responsáveis pelas minhas melhores lembranças.

À amiga, Natália Silva, pela sua disponibilidade em fazer todas as correções e sugestões da dissertação.

À minha irmã Fernanda, pelo amor, paciência, compreensão, e por respeitar e apoiar muito as minhas escolhas e desafios.

Ao meu pai que, mesmo distante continua fazendo parte da minha vida. Agradeço pelo amor, carinho e admiração eternos. Obrigada por ter plantado em meu coração as sementes da persistência, coragem e amor incondicional. Sigo feliz em seguir os seus passos...

À minha mãe, agradeço pela eterna amizade, amor incondicional, apoio financeiro, confiança, paciência e por ter me acalentado em meus vários momentos de desespero. Obrigada por ter acreditado em mais este sonho!

Ao meu namorado, Héilton, que representa um papel especial e fundamental nesta trajetória final. Minha eterna gratidão pelo teu amor, amizade, humor, compreensão, incentivo, admiração e contribuições. Obrigada também pela paciência nos frequentes momentos de incerteza e por estar sempre ao meu lado!

SUMÁRIO

Resumo	ix
Abstract	x
I APRESENTAÇÃO	01
II INTRODUÇÃO	03
II.1 O Ensino de Farmácia no Brasil	05
II.2 – O Internato Rural no Curso de Farmácia	07
II.3 – Atividades Farmacêuticas no SUS.....	10
III OBJETIVOS	11
IV METODOLOGIA	12
IV.1 A (re)inserção do farmacêutico na saúde coletiva	12
IV.2 A concepção dos alunos sobre o SUS, a assistência farmacêutica e a contribuição do internato rural para a formação acadêmica	12
IV.3 O farmacêutico nas farmácias do SUS: qual a formação necessária?	13
V RESULTADOS	16
V.1 Artigo 01 - The Pharmacist: a professional Seeking its identity.....	17
V.2 Artigo 02 - O Internato Rural na formação do profissional farmacêutico para a atuação no Sistema Único de Saúde	33
V.3 Artigo 03 - A concepção dos alunos do internato rural de um Curso de Farmácia quanto a Assistência Farmacêutica no SUS.....	51
V.4 Artigo 04 - O farmacêutico nas farmácias distritais de Belo Horizonte: quais são as demandas do serviço para uma assistência farmacêutica de qualidade?	67
VI CONSIDERAÇÕES FINAIS	80
VII REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	82
VIII ANEXOS	85

RESUMO

O FARMACÊUTICO NA SAÚDE COLETIVA: SUA IDENTIDADE, DEMANDAS DO SUS, E O PAPEL DO INTERNATO RURAL NA SUA FORMAÇÃO

As Diretrizes Curriculares de 2002 estabeleceram um novo currículo para o ensino farmacêutico na tentativa de aproximar a formação do profissional das exigências do novo modelo de atenção instituído com o SUS. Uma alternativa adotada por algumas Faculdades de Farmácia no país tem sido inserir em seus currículos a disciplina de Internato Rural (IR). No presente trabalho objetivou-se analisar a contribuição do IR do curso de Farmácia da Universidade Federal de Minas Gerais na formação do farmacêutico para atuação no SUS. O estudo foi desenvolvido sob três perspectivas: o resgate histórico da profissão, a contribuição do IR na formação acadêmica, e a percepção dos profissionais farmacêuticos dos elementos necessários para a sua formação no contexto do serviço de saúde. Para o resgate histórico foi realizado uma revisão bibliográfica sobre a construção da identidade profissional do farmacêutico e sua inserção no SUS. O segundo momento, da pesquisa, foi realizado com os alunos matriculados no IR e com os idealizadores/coordenadores da disciplina. No último momento trabalhou-se com todos os gerentes das farmácias distritais do município de Belo Horizonte. Para a coleta das informações utilizou-se a técnica do grupo focal e a entrevista semi-estruturada. Os discursos foram analisados na perspectiva da análise de conteúdo e os resultados apontaram para um baixo conhecimento dos alunos sobre SUS e sobre a assistência farmacêutica. Entretanto, o IR foi considerado uma ponte de aprendizagem entre a teoria e a prática. A realidade da assistência farmacêutica apontada pelos alunos foi a mesma relatada pelos profissionais farmacêuticos. A falta do profissional e a fragmentação da atividade da assistência ainda caracterizam o cenário do Sistema. Neste sentido, o profissional farmacêutico passa por uma fase de ruptura do paradigma tecnicista para a (re)construção de sua identidade como profissional da saúde.

Palavras Chave: farmacêutico, educação farmacêutica, SUS, internato rural, história da farmácia.

ABSTRACT

THE PHARMACIST AND COMMUNITY HEALTH: HIS IDENTITY, THE DEMANDS OF THE UNIFIED HEALTH SYSTEM AND THE ROLE OF THE RURAL INTERNSHIP DURING HIS EDUCATION

The directives of 2002 established a new curriculum for formation of pharmacists, trying to close the gap between the formal education and the demands of the new model of basic care foreseen by the Unified Health System (SUS). An alternative adopted by some pharmaceutical faculties in the country was to include a discipline called Rural Internship (RI) into their graduation programs. In the present work the contribution of the RI in the graduation program of pharmacists at the Federal University of Minas Gerais was analyzed. The study focuses on three perspectives: the historical background of the profession, the contribution of the RI to the academic formation and the perception of the pharmacists about the necessary elements for their education in relation to public health services. A revision of literature about the construction of pharmacist's professional identity was carried out, in order to define the historical background. The second step was carried out with students enrolled in the RI and supervisors/coordinators of this discipline. In a last step all supervisors of district pharmacies of the municipality of Belo Horizonte were included into the study. The focal group technique and semi-structured interviews were used for data collection. The interviews were evaluated according to the content analyses method, and the results revealed little knowledge of the students about the Unified Health System and about pharmaceutical support. Nevertheless the RI was considered as a knowledge gathering bridge connecting theory and praxis. There was no difference of the perceived reality of pharmaceutical assistance between pharmaceutical students and professionals. The lack of professionals and the fragmentation of assistance activities still characterize the current system. In this context pharmaceutical professionals pass through a stage of rupturing technicistic paradigms (re)constructing their identity as health professionals.

Keywords: Pharmacist, Pharmacy Education, SUS, Rural Internship, Pharmacy History

I APRESENTAÇÃO

Apesar dos vários momentos desesperadores do quais cheguei a pensar que estava no caminho errado, hoje, diante da concretização deste trabalho, percebo o quão grande foi a minha peregrinação, coragem e determinação. Dessa maneira, apresento vaidosamente a arquitetura de um sonho conquistado.

Ingressei no curso de Farmácia em julho de 2000, com o objetivo de ser farmacêutica bioquímica, para trabalhar em laboratórios. Porém, durante o curso passei por diversas disciplinas relacionadas à clínica farmacêutica que me encantaram e fizeram com que eu me identificasse com uma nova atividade, a Atenção Farmacêutica, que prometia à profissão sua possível retomada como profissional da saúde. As várias experiências proporcionadas por meio dos estágios reforçaram a vontade de direcionar minha carreira profissional para esta nova prática. O sonho de uma possível transformação dos serviços farmacêuticos em algo muito além da simples venda e entrega do medicamento me tornou, de certa forma, missionária de tal ideal.

Terminada a graduação, compreendi que não iria conseguir a tão sonhada transformação sozinha, e senti que era o momento de alçar novos vãos. Percebi que pelo meio acadêmico eu poderia, talvez, traçar caminhos mais curtos na expectativa de compartilhar estes ideais, multiplicando “sonhadores”. Resolvi, então, investir em minha carreira e concorrer a uma vaga para o Máster en Antención Farmacéutica na Universidade de Granada, Espanha.

Abertas as inscrições para o Curso, enviei toda a documentação exigida e minha aprovação se deu em dezembro de 2004. Mudei para Granada e as aulas iniciaram-se em abril de 2005. No final do curso apresentei um projeto de pesquisa.

Para este projeto, fui convidada pelo professor Fernando Fernández-Llimós a desenvolver um trabalho sobre as Farmácias Escolas Brasileiras. Como já havia estagiado na Farmácia da Newton Paiva, resolvi aceitar o convite e investigar sobre esta estratégia de ensino e prática do curso de Farmácia. Percebi o quanto a área da farmácia e, principalmente, do ensino da farmácia, é carente em pesquisas. Meu trabalho intitulado como: *Farmácia Escola no Brasil: uma análise da situação e da possibilidade de melhora*, teve como objetivo fazer um diagnóstico, a nível nacional, de quantas e de quais eram as Farmácias Escolas existentes no Brasil e, investigar também, qual seria o ideal de uma Farmácia Escola a nível estrutural, funcional e financeiro. Finalizei o trabalho com um resultado de “SOBRESALIENTE” na obtenção do título do Máster.

Ao viver esta experiência acadêmica senti o quanto a sonhada transformação do serviço está ligada à formação do profissional. No entanto, um pouco desviada do meu caminho da farmácia clínica, voltei todo o meu foco para o estudo de algumas estratégias utilizadas pelas Faculdades de Farmácia para proporcionar a prática e melhorar o ensino do futuro farmacêutico.

Neste sentido, e dando continuidade a todo este percurso, em março de 2006 ingressei no mestrado do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, na sub área de Saúde Coletiva do IRR, com a proposta de trabalhar com a formação do farmacêutico direcionada para o SUS.

A dissertação aqui apresentada é fruto de um intenso e fecundo trabalho acadêmico desenvolvido sob a batuta dos meus queridos orientadores. A disciplina e a seriedade científica com as quais encaramos nossa pesquisa nos renderam a produção de quatro artigos. O primeiro deles faz uma reflexão sobre a perda da identidade do profissional farmacêutico e sua conseqüente ausência no sistema de saúde pública. O segundo e o terceiro artigos abordam a concepção dos alunos matriculados na disciplina do internato rural sobre o SUS e a assistência farmacêutica. O quarto, e último, artigo retrata quais as demandas do serviço para o desenvolvimento de uma assistência farmacêutica de qualidade, na perspectiva dos profissionais que já atuam no SUS.

II INTRODUÇÃO

A crise instaurada na saúde pública desde meados da década de 1970 esteve associada à crise financeira da Previdência Social e com a tentativa de reverter o modelo médico hospitalocêntrico. Dessa forma, no final da década de 1980, o movimento da Reforma Sanitária que emerge nesta crise teve um importante papel para os profissionais da saúde e, em particular, para o profissional farmacêutico na medida em que se oficializou o Sistema Único de Saúde (SUS) e, conseqüentemente, a definição legal da Assistência Farmacêutica (Brasil, 1988). A criação do SUS, pela própria constituição, fez com que novos desafios e perspectivas fossem incorporados ao cotidiano dos gestores, profissionais da saúde e usuários.

Este novo modelo assistencial implicou em uma nova compreensão do processo saúde-doença e em uma redefinição do vínculo entre os serviços, os trabalhadores e os usuários, na perspectiva da integralidade, da promoção da saúde, da prevenção de enfermidades e da atenção curativa. Além disso, os serviços deveriam se organizar de forma hierárquica e descentralizada, e cumprir com os princípios de universalidade e equidade do acesso (Brasil, 1990).

Permeado por conflitos e impasses, a efetiva implantação e desenvolvimento do SUS vem-se consolidando paulatinamente. Ainda permanecem alguns dilemas provenientes do modelo biomédico caracterizado pela dificuldade entre gestores e, principalmente, entre os profissionais da saúde em não reconhecerem os saberes e os limites de cada fronteira técnica deixando de compreender, de maneira ampliada, os determinantes do processo saúde-doença (Ceccim & Feuerwerker, 2004).

Nota-se assim um desencadeamento de conseqüências devido às profundas alterações na formulação e implementação das políticas de saúde sem, no entanto, o mesmo ter sido observado nas políticas educacionais. De acordo com Ceccim (2006), não se pode fazer “reformas” sem profundas alterações na preparação técnico-política e ética do pessoal que irá trabalhar no setor “reformado”.

Neste sentido, parece quase impossível produzir a reorganização das práticas de saúde sem interferir simultaneamente no mundo da formação e do trabalho. Portanto, para a consolidação do SUS é preciso atuar na mudança da percepção dos profissionais que já atuam no Sistema, seja com a formação continuada ou com investimentos do próprio governo, e deve-se talhar mudanças emergenciais na graduação dos profissionais da saúde (Feuerwerker, 2007).

Nesta perspectiva, pareceu-nos oportuno devido à histórica marginalização do profissional farmacêutico como agente promotor da saúde, tecer algumas reflexões sobre a formação deste profissional diante de todos os avanços do Sistema e, principalmente, das tendências favoráveis à profissão.

II.1 O Ensino de Farmácia no Brasil

Os primeiros cursos de farmácia brasileiros foram criados no final de 1832, e eram ministrados pelas duas Faculdades de Medicina do país, localizadas nos Estados da Bahia e do Rio de Janeiro. O Curso tinha duração de três anos, e o objetivo era formar profissionais voltados para todos os aspectos do medicamento e os diplomados recebiam o título de farmacêutico. Com a oficialização do Curso de Farmácia ficou estabelecido que ninguém poderia “curar, ter botica, ou partejar” sem título conferido ou aprovado pelas citadas faculdades (Estefan, 1986; Santos, 1993).

Em 4 de abril de 1839 o governo provincial de Minas Gerais fundava em sua capital Ouro Preto, uma escola de farmácia, pioneira para o ensino da profissão no país. O modelo de ensino vigente, desde o primeiro curso fundado em 1832, permaneceu basicamente o mesmo, por quase cem anos até a “Reforma Rocha Vaz” de 1925. Com a Reforma, o tempo de graduação de três foi para quatro anos e o farmacêutico passou a ter acesso ao magistério das disciplinas específicas do curso, antes lecionadas apenas por médicos (Santos, 1999).

Com o processo mundial de industrialização no setor farmacêutico, a partir da década de 30, o farmacêutico foi perdendo gradualmente seu espaço na manipulação de fórmulas devido à produção de medicamento em escala industrial e a sua função na indicação de medicamentos foi sendo repassada para os médicos. O elo do farmacêutico com a sociedade e com a equipe multidisciplinar de saúde foi deixando de existir e o farmacêutico perdendo a importância para o planejamento e execução das políticas de saúde (Hepler e Strand, 1990 e FENAFAR, 2006a).

Paralelamente, no Brasil, com o Decreto 20.627 de 1931 que aprovou a posse do estabelecimento de farmácia por terceiros, os proprietários das farmácias, que não fossem farmacêuticos, foram obrigados a contratar profissionais diplomados para que fossem os responsáveis técnicos de seus estabelecimentos, prática que tem se estendido, com menor frequência, até os dias atuais (Estefan, 1986; Santos 1993).

Além disso, em 1963, o Conselho Federal de Educação (CFE) ampliou o campo de atividades da categoria farmacêutica deslocando o medicamento do eixo principal da formação do Farmacêutico (Silva, 1993; FENAFAR, 2006b).

Para atender às múltiplas tarefas reservadas aos profissionais farmacêuticos foi elaborada em abril de 1969, a Resolução nº 4 do Conselho Federal da Educação – “Currículos Mínimos dos Cursos de Nível Superior” – que estabeleceu o currículo mínimo de Farmácia com um caráter multidisciplinar, possibilitando aos farmacêuticos diferentes campos de atuação e concretizando a diversificação do profissional. Nas escolas de Farmácia seriam formados profissionais para diferentes áreas com os seguintes títulos - Farmacêutico;

Farmacêutico Industrial; Farmacêutico Bioquímico. Neste último, o profissional poderia optar pelas áreas de Tecnologia de Alimentos ou de Análises Clínicas e Toxicológicas (Santos, 1993; FENAFAR, 2006b).

Este currículo mínimo vigorou até 1996 quando foram aprovadas, pela Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, as novas Diretrizes e Bases da Educação Nacional, extinguiu os currículos mínimos e estabelecendo uma nova concepção curricular para o ensino superior. A partir dessas diretrizes cada Instituição de Ensino Superior (IES) elaboraria seu currículo devendo incluir à compreensão humanística e social da profissão, o conhecimento de gestão administrativa e operacional do futuro egresso (Cecy, 2003; CFF, 2004).

Desde então, o Currículo de Farmácia vem sendo motivo de questionamentos e análises pelos profissionais e educadores, bem como as suas habilitações e a duração dos cursos. Estes questionamentos buscavam a uniformidade da formação mantendo, entretanto, possibilidades de inovação dentro de cada curso para atender as peculiaridades regionais. Algumas questões fundamentais que emergem em todas as discussões merecem destaque como: as exigências, os avanços e as necessidades de formação de recursos humanos no campo tecnológico e da saúde pública dos tempos atuais; o fosso existente entre as disciplinas do ciclo básico e do profissional comprometendo o próprio perfil curricular; e a inclusão da disciplina de Saúde Coletiva que não pode mais ser postergada (Estefan, 1986).

Segundo Rodrigues e Reis (2006) ainda há um grande descompasso dos modelos de ensino vigentes com as reais necessidades da população mostrando que o ensino superior nestas áreas apresenta muitas falhas como: defender que a quantidade de informação e a excessiva carga horária teórica são parâmetros de qualidade, oferecer escassas atividades práticas formadoras e, ainda, enfatizar o caráter curativo em detrimento da prevenção.

Dessa forma, em fevereiro de 2002, o Ministério da Educação (MEC) aprovou a Resolução nº 2 de “Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Farmácia” que instituiu a nova mudança no ensino farmacêutico aprovando o currículo único que passou a contemplar todas as áreas profissionais (MEC, 2002; Cecy, 2003).

Estas diretrizes procuraram se adequar à nova realidade do Sistema Único de Saúde (SUS), apontando para a formação do farmacêutico generalista, humanista, crítica e reflexiva, que poderá atuar em todos os níveis de atenção à saúde. Capacitado para o exercício de atividades referentes aos fármacos e aos medicamentos, análises clínicas e toxicológicas, controle, produção e análise de alimentos, pautado em princípios éticos e na compreensão da realidade social, cultural e econômica do seu meio, dirigindo sua atuação para a transformação da realidade em benefício da sociedade (MEC, 2002). Ainda nesta Resolução

foram estabelecidas as competências e habilidades específicas para que o farmacêutico possa, entre outras atividades:

- integrar-se em programas de promoção, manutenção, prevenção, proteção e recuperação da saúde, sensibilizado e comprometido com o ser humano, respeitando-o e valorizando-o;

- atuar na promoção e gerenciamento do uso correto e racional de medicamentos, em todos os níveis do sistema de saúde, tanto no âmbito do setor público como privado.

Em relação aos aspectos pedagógicos, entre os itens citados nas diretrizes é importante chamar atenção para: a) o ensino de Farmácia deve estimular atividades de investigação, extensão, assim como atividades extra-curriculares de formação como monitoria, iniciação científica, estágios, etc.; b) deve haver um equilíbrio entre teoria e prática, permitindo na prática e no exercício das atividades o aprendizado da arte de aprender; c) deve garantir uma sólida formação básica multidisciplinar e explicitar a necessidade de dar um tratamento metodológico aos conhecimentos, no sentido de garantir o equilíbrio entre a aquisição do conhecimento, habilidades, atitudes e valores (MEC, 2002).

É nesse novo quadro que despontam as idéias de interdisciplinaridade que propõem a integração de vários ramos do conhecimento, mas também pela associação dialética entre dimensões polares como teoria e prática, ação e reflexão, generalização e especialização, ensino e avaliação, indivíduo e sociedade, de modo a viabilizar a associação do que é ensinado com as condições concretas da vida. O pensar e o agir interdisciplinar se apoiam no princípio que nenhuma fonte de conhecimento é, em si mesma, completa e que, pelo diálogo com outras formas de conhecimento, de maneira a se interpenetrarem, surgem novos desdobramentos na compreensão da realidade e sua representação (FAZENDA, 1979).

Atualmente, ainda existem grandes desafios a serem enfrentados, porém observa-se o empenho das IES em buscar meios para solucioná-los, por exemplo com a implantação dos internatos rurais e os estágios obrigatórios em Farmácias Escolas.

II.2 O Internato Rural no curso de Farmácia

O Internato Rural (IR) é uma das mais antigas experiências de Integração Docente-Assistencial existente no país onde o Sistema de Saúde torna-se um local privilegiado de trabalho. De modo geral, é considerado atividade de extensão, embora em algumas Faculdades já tenham adotado o IR como disciplina curricular obrigatória. O IR oferece uma oportunidade ímpar de crescimento pessoal e profissional, por ser um local de práxis em que todos os envolvidos podem ser sujeitos, capazes de agir e falar, donos de um saber e importantes nos processos de tomada de decisão a partir das relações estabelecidas na

disciplina (Cury et al., 2004). Este tipo de atividade oferece ao aluno a oportunidade de criar um senso crítico relacionado ao funcionamento e ao desenvolvimento das ações primárias de saúde, em nível local. Além disso, é possível desenvolver atividades de assistência farmacêutico-sanitária dirigidas à população geral, com foco na prevenção e manutenção da saúde, na formação da equipe multiprofissional no ensino centrado em tecnologia apropriada, em atividades coletivas, sempre visando à estruturação do Sistema de Saúde no município (Silva, 2000).

A primeira experiência brasileira de IR no Curso de Farmácia foi há 35 anos, na Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Natal, através do projeto Crutac - Centro Rural Universitário de Treinamento Avançado das Comunidades (Silva, 2000).

Outras universidades também adotaram o IR como atividade de extensão como foi o caso da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUC/PR), Universidade Federal de Goiás (UFG) e a Universidade Federal do Amazonas (UFAM), onde o internato é obrigatório.

Segundo Silva (2000), professor e coordenador do internato da UFAM, o Programa é baseado no modelo de integração docência, serviço e pesquisa, a partir da realidade social, de modo a oferecer meios para a capacitação dos formandos, utilizando os recursos existentes nos hospitais, postos e centros de saúde dos bairros periféricos das cidades interioranas, e junto à própria comunidade, principalmente as comunidades rurais do interior do Estado. Com isso visa proporcionar aos alunos conhecimentos necessários nas diversas áreas de Saúde Pública.

O programa de IR no curso de Farmácia da UFMG (FAFAR-UFMG) originou-se em julho de 1995, quando foi assinado um convênio com o Consórcio Intermunicipal de Saúde do Alto São Francisco para organizar a assistência farmacêutica do SUS nos municípios consorciados. Elaborado pelos professores José Augusto Alves Dupim e Antônio Basílio Pereira, os itens fundamentais do programa permanecem até hoje (Pereira, 2004).

O objetivo principal é preparar os alunos para o exercício pleno da profissão e organizar a assistência farmacêutica do SUS nos municípios. Para tanto, estão incluídas algumas ações de orientação à comunidade local sobre o uso e descarte correto de medicamentos; treinamento dos atendentes para que exerçam atividades básicas de assistência farmacêutica, levantamento sobre as doenças do município o que auxiliará a equipe de saúde na elaboração da Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (Remume) (Pereira, 2004).

Atualmente o Programa de IR/FAFAR-UFMG é uma atividade acadêmica optativa, aprovada pela Pró-Reitoria de Graduação e podem se inscrever alunos a partir do sexto

período. A disciplina inicia-se com um treinamento, na FAFAR, durante todo o período letivo e a parte prática é realizada durante o mês de férias em municípios mineiros (Pereira, 2007).

Cada cidade recebe no mínimo dois alunos, podendo este número ser ampliado em função da população local. Por semestre, participam do Programa cerca de 40 alunos. Ao chegarem, estes reúnem-se com o Secretário Municipal de Saúde, apresentam o Programa de IR e o projeto de organização do estoque de medicamentos. Embora priorize o Vale do Jequitinhonha, o Vale do Mucuri e o Norte de Minas, o Programa vai a outros municípios mineiros desde que dêem hospedagem para os alunos e reproduzam o material necessário – fichas de controle de estoque e de orientação ao paciente, e o mapa mensal de movimentação de medicamentos – que serão utilizados pelos alunos durante um mês e pelos funcionários da cidade ao final do Programa (Pereira, 2007).

As atividades desenvolvidas pelos alunos são:

- organização do estoque de medicamentos e dispensação.
- treinamento dos atendentes para exercer atividades básicas de assistência farmacêutica, preparando-os, também, para avaliação do estoque, descarte correto, compra racional de medicamentos, e uso correto das fichas para controle de estoque e de orientação farmacêutica ao paciente;
- atendimento aos pacientes;
- palestras para professores e alunos das escolas locais, para as comunidades, para agentes comunitários de saúde, além da participação em programas locais de rádio e tv, e entrevistas para os jornais e representações teatrais. As palestras incluem vários temas como medicamentos genéricos, hipertensão, diabetes, plantas medicinais, chás e técnicas de uso das plantas, quem deve receitar, descarte correto de medicamentos, conservação da natureza (água, preservação das nascentes) parasitoses e alimentos.
- levantamento das doenças, pelas fichas clínicas, por faixa etária e sexo;
- relatório das atividades executadas.

Como atividade complementar, os alunos identificam e caracterizam em cada município o tipo de economia prevalente assim como suas unidades de processamento de alimentos derivados do leite, da mandioca e da cana-de-açúcar. Os dados são doados, para o Departamento de Alimentos da FAFAR/UFMG, que pretende montar um grande programa, de acordo com o perfil regional, para assessorar os fabricantes de modo que possam produzir com qualidade e em maior quantidade, melhorando as condições de vida no município (Pereira, 2007).

II.3 Atividade farmacêutica no SUS

As atividades do profissional farmacêutico no SUS, até início de 2006, estavam voltadas para a Assistência Farmacêutica definida pela Política Nacional de Medicamentos - PNM, como: “um grupo de atividades relacionadas com o medicamento, destinadas a apoiar às ações de saúde demandadas por uma comunidade. Envolve o abastecimento de medicamentos em todas e em cada uma de suas etapas constitutivas, a conservação e controle de qualidade, a segurança e a eficácia terapêutica dos medicamentos, o acompanhamento e a avaliação da utilização, a obtenção e a difusão de informação sobre medicamentos e a educação permanente dos profissionais da saúde, do paciente e da comunidade para assegurar o uso racional de medicamentos” (Brasil, 1988)

Entretanto, a prática da assistência farmacêutica no SUS, de modo geral, está desarticulada e inteiramente fora da realidade social. Raramente há um farmacêutico orientando as ações, ainda é possível obter os medicamentos sem prescrições médicas, e a grande maioria que realiza o atendimento na farmácia tem baixo nível de escolaridade e nunca recebeu treinamento adequado (Pereira, 2004). Nota-se também que houve um desvio acentuado da assistência farmacêutica para um processo centrado na gestão burocrática. (Araújo e Freitas, 2006).

Na tentativa de inserir o profissional farmacêutico nos Programas e políticas nas quais o medicamento é um dos eixos, em 30 de março de 2006, o Ministério da Saúde, com a Portaria 698, dá início a uma “nova era” dentro do SUS. São garantidos, pelo Ministério, recursos federais para o custeio das ações e serviços farmacêuticos na atenção básica. O farmacêutico que até então não fazia parte do corpo dos profissionais contratados para atuar no serviço de atenção, agora, passa a integrar as equipes multidisciplinares do Programa de Saúde da Família (PSF) (Brasil, 2006).

Porém, em 29 de janeiro de 2007 foi aprovada a Portaria 204 do Ministério da Saúde revogando a Portaria 698 e, conseqüentemente, voltando com os recursos dos serviços farmacêuticos para o bloco de financiamento do SUS. Dessa forma, o grande desafio atual continua sendo a integração dos farmacêuticos nas equipes de saúde, no sentido de participar das ações de identificação de riscos, da caracterização de agravos prevalentes e desenho de estratégias de atuação. Além disso, deverá responsabilizar-se pelas atividades específicas, educar os demais profissionais de saúde sobre os cuidados e a utilização adequada de medicamentos, incluindo os agentes comunitários. Deverão atuar no planejamento e produtos de acordo com as ações da unidade em que estiver atuando, na dispensação e no monitoramento dos tratamentos (Santos, 2006).

III OBJETIVOS

01- Resgatar a trajetória histórica do farmacêutico como profissional da saúde coletiva;

02 - Analisar a contribuição do internato rural para a formação do farmacêutico para atuação no SUS.

03- Descrever e analisar na perspectiva dos gerentes das farmácias distritais os fatores que limitam ou dificultam as atividades do profissional farmacêutico no SUS.

IV METODOLOGIA

O estudo foi realizado sob três perspectivas: o resgate histórico da profissão, a contribuição do internato rural na formação acadêmica, e a percepção dos profissionais farmacêuticos quanto a sua formação.

IV.1 A (re)inserção do farmacêutico na saúde coletiva.

Realizou-se uma pesquisa exploratória por meio de um levantamento bibliográfico segundo metodologia proposta por Gil (2002). No primeiro momento foi realizada uma busca das fontes secundárias com as seguintes palavras-chaves: farmacêutico, farmacéutico, pharmacist; assistência farmacêutica, pharmaceutical assistance; ensino de farmácia, pharmacy education; farmácia, pharmacy; atenção farmacêutica, atención farmacéutica e pharmaceutical care. Utilizou-se as bases de dados do SciELO e BIREME com o objetivo de, através dos resumos, selecionar os artigos - fontes primárias - relativos ao tema da pesquisa. Além disso, também foram utilizados como fontes terciárias alguns livros que abordavam a história da farmácia. Foi considerado todo o material que tratasse da história da farmácia a partir da década de 1930.

IV.2 A concepção dos alunos sobre o SUS, a assistência farmacêutica e a contribuição do internato rural para a formação acadêmica.

O referencial metodológico foi a pesquisa qualitativa que, na perspectiva de Minayo (1995), trabalha com o universo de significados, motivações, crenças, valores e atitudes que corresponde ao universo mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização da variável.

Optou-se por utilizar a técnica de Grupos Focais (GF) por nos permitir conhecer as crenças, idéias e sentimentos dos participantes, permitindo aprofundar-se à análise de conteúdo. É muito valorizado devido a tendência humana de formar opinião e atitudes na interação com outros indivíduos (Minayo et al., 2005). Além disso, essa técnica facilita a expressão geral das idéias e das experiências, pois através do debate em grupo pode-se ajudar as pessoas a explorar e clarear suas opiniões de uma forma que seria mais difícil em uma entrevista individual (Kitzinger, 2005).

O GF é um tipo de entrevista que parte da comunicação entre os seus participantes como método gerador das informações. Dessa Maneira, deve haver interação entre seus integrantes, isto significa que, o moderador deve fugir do tradicional modelo de perguntas e

respostas, incentivando os participantes a conversarem entre si, intercambiarem experiências, pontos de vistas, sentimentos e brincadeiras. Esta técnica é especialmente útil para explorar o conhecimento e as experiências pessoais e pode ser utilizada não somente para examinar o que pensam, como também, como pensam e por que agem de determinada forma. É muito utilizada na área de saúde e educação (Debus, 1988; Kitzinger, 2005).

Os GF são de tamanho reduzido, com oito a doze participantes, com características semelhantes em relação à faixa etária, escolaridade, sexo, condições de moradia, entre outros. Esta homogeneidade do grupo é recomendada por alguns autores para que se possa aproveitar, ao máximo, as experiências comuns. Cada grupo é coordenado por um moderador e acompanhado por observadores (Debus, 1988). O papel do moderador de um grupo focal é de facilitar o processo de conversação e interação entre os membros deslocando seu interesse para a interinfluência de respostas que se produzem nas discussões grupais desencadeadas sobre um determinado assunto (Bunchaft & Gondim, 2004). Os observadores exercem um papel complementar ao moderador. São treinados e preparados para exercer uma atenção flutuante que irá favorecer as intervenções pontuais no processo de discussão, permitindo trazer para o centro do debate comentários e pontos de vista, às vezes ignorados ou despercebidos pela maioria do grupo. Ambos atores devem ter um autocontrole para evitar exibir sinais, comentários pessoais e expressões faciais que possam inibir os participantes (Bunchaft & Gondim, 2004).

As reuniões devem acontecer em ambientes tranquilos, cômodos, isentos de barulhos externos, e recomenda-se a distribuição dos membros em forma de círculo para ajudar a visão global do grupo (Debus, 1988). A conversa no grupo é feita em função de um roteiro previamente elaborado pelo pesquisador que não necessariamente deve ser seguido em uma ordem rígida (anexo I). Miguélez (2006) recomenda que cada grupo seja de no máximo uma hora para evitar a dispersão e a falta de interesse dos participantes. As reuniões foram gravadas, transcritas na íntegra e analisadas.

Entre as vantagens da técnica estão a produção de grande quantidade de dados em um curto período de tempo, a possibilidade de conhecer com mais profundidade contextos específicos e possuir baixo custo. Além disso, propicia uma boa integração entre os pesquisadores e os demais participantes (Debus, 1988; Miguélez, 2006).

Vários são os autores da área da saúde que utilizaram em seus trabalhos a técnica de GF obtendo resultados positivos, entre eles Carlini-Cotrim (1996), Pedrosa e Teles (2001), Ressel et al. (2002), Lara et al. (2004), Martínez e Ibarra (2007).

Foram adotados os seguintes passos para a realização dos GF: preparação do roteiro e treinamento dos profissionais que foram moderadores e observadores, convite aos participantes, e reuniões dos grupos focais.

Como sujeitos da pesquisa, foram convidados a participar do estudo os alunos matriculados em 2006 na disciplina do Internato Rural (IR) do curso de Farmácia da UFMG.

A coleta das informações foi realizada em dois momentos, antes do aluno iniciar as atividades do IR nos municípios e, imediatamente após o seu retorno. O roteiro utilizado nos dois momentos abordava os seguintes temas: concepção do SUS, atividades destinadas aos farmacêuticos dentro do sistema, assistência farmacêutica e, motivação e expectativa pelo internato rural.

Antes de iniciar a discussão em cada grupo, a moderadora apresentou algumas regras de funcionamento: a) somente uma pessoa deve falar de cada vez; b) conversas paralelas devem ser evitadas; e c) todos podem falar o que pensam.

As análises das informações dos grupos focais e das entrevistas foram realizadas por meio da técnica de análise de conteúdo que segundo Minayo (1999) *“relaciona estruturas semânticas (significantes) com estruturas sociológicas (significados) dos enunciados, articulando a descrição e a análise dos textos com os fatores que determinam suas características: variáveis psicossociais, contexto cultural, contexto e processo de produção da mensagem”*.

IV. 3 O farmacêutico nas farmácias do SUS

A metodologia utilizada foi a entrevista semi-estruturada por possibilitar o entrevistado discorrer sobre o tema proposto, sem respostas ou condições prefixadas pelo pesquisador. De acordo com Minayo (1999) os temas abordados não se restringem apenas ao roteiro, uma vez que durante a investigação outras questões podem aparecer. A ordem dos assuntos não precisa obedecer a uma seqüência rígida, devendo ser determinada pela ênfase dada pelos entrevistados. Dessa forma, o roteiro deve servir de orientação para o entrevistador e não para limitar a fala dos entrevistados. Este tipo de entrevista permite também a captação imediata e corrente da informação desejada, correções, esclarecimentos e adaptações que a torna um instrumento mais eficaz na obtenção das informações desejadas (Minayo, 1999; Martins e Bógus, 2004; Leonello e L’abbate, 2006; Rossi e Batista, 2006;).

Foram convidados os farmacêuticos gerentes das farmácias distritais do município de Belo Horizonte, que é dividido em nove distritos sanitários. Cada um tem de 15 a 23 unidades ambulatoriais organizados em unidades básicas, secundárias, e urgência. Os distritos possuem ainda uma farmácia distrital que é gerenciada por um farmacêutico concursado, sendo este o

profissional responsável pela parte administrativa do estabelecimento, por toda a assistência farmacêutica da regional e pelos demais trinta e três farmacêuticos contratados pela prefeitura para trabalharem 20 horas semanais (anexo II).

Tendo como base esta organização do município foram selecionados para a entrevista os nove profissionais concursados devido ao tempo de experiência e por terem acompanhado todo o processo de implantação destas farmácias no SUS. Além disso, buscou-se ainda entre os farmacêuticos contratados pela prefeitura, encontrar algum profissional que houvesse participado do IR. O roteiro utilizado para a realização das entrevistas abordou as atividades do profissional no SUS, os possíveis dificultadores destas atividades e a formação do profissional (anexo III). As entrevistas foram gravadas, transcritas na íntegra e analisadas através da técnica de análise de conteúdo na perspectiva de Minayo (1999).

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Pesquisa René Rachou da Fundação Osvaldo Cruz, conforme protocolo número 17/2006. Para garantir o sigilo das informações os alunos foram identificados pela letra “A” e os farmacêuticos pela letra “F” seguidos por números.

V RESULTADOS

Os resultados e discussão serão apresentados sob forma de quatro artigos, um submetido e três para serem enviados.

V.1 Primeiro artigo – será enviado para publicação

THE PHARMACIST: A PROFESSIONAL SEEKING ITS IDENTITY

Luciana Tarbes Mattana Saturnino, M.D., Rene Rachou Research Center - FIOCRUZ/MG

Edson Perini, Ph.D., Federal University of Minas Gerais, Belo Horizonte, Brazil.

Zélia Profeta Luz, Ph.D., Rene Rachou Research Center - FIOCRUZ/MG

Celina Maria Modena, Ph.D., Rene Rachou Research Center - FIOCRUZ/MG

ABSTRACT

Over the second half of the 20th century the traditional role played by the pharmacists changed considerably as health professionals. The main work performed by the apothecaries was gradually changed as the pharmaceutical industry mechanization process was taking place. In order to prevent such profession from disappearing, it was necessary to create new areas by moving the focus from preparing and dispensing drugs in order to meet the job market. By the end of the 1960's, with the uproar of the Pharmaceutical Care in the United States, and the subsequent implementation of the *Unified Healthcare System* in Brazil, it was necessary to change the pharmacists' profile to make them able to recover their positions as health professionals. This paper presents some aspects of the pharmacist's development over the time, and discusses the possible reasons for such professionals not being engaged in the healthcare workforce in Brazil.

Keywords: History of Pharmacy, Pharmacist, Pharmaceutical Assistance, Pharmaceutical Care.

INTRODUCTION

In the old colonial times, the apothecary shops – usually small family businesses – the pharmacists used to carry out researches, perform lab works, and evaluate new products, mostly from animal or vegetal origin. One of the main pharmacists' duties was to ensure the medications were pure, unaltered and prepared in conformity with the procedures of their times. Besides that, they were in charge of instructing the customers on the correct use of magistral medication, and also recommending commercial drug formulations usually sold over the counter without prescription¹.

Such line of work prevailed until the beginning of the 20th century, except for some small technical improvements brought about by the advance of Chemistry in the 19th century. In the 1930's and 1940's, that reality started changing radically with a great deal of changes

occurring on the pharmacists' job market, their knowledge about medication, the role of the pharmacists, and accordingly the pharmaceutical education was greatly transformed.

The industrialization of medicines, and the consequent technological changeover regarding their production, caused the pharmacists to gradually lose their functions. The pharmacists' intellectual, economic, and operational domain were transferred to the machine-controlled industrial domain so making the bond between the pharmacists and the consumers, and also other health professionals in charge of the health care, maintenance, and recovery almost disappear. With the decrement of the pharmacists' role, they were then relegated to a secondary level on the job market while such loss has as one of its strongest characteristics, in a broader collective health context, the fact that the multidisciplinary health manpower, and health administration institutions to belittle the pharmacist importance at planning and effecting the public health policies^{1,2}.

Thus, the pharmacists turned their focus from medication onto other activities they were able to perform, which then gave rise to a long period of questioning about their role as health professionals. This article shows some aspects of the professional pharmacists' history, and sets up some issues to be thought over regarding their identity crisis, and as well the reasons for their meager participation in the "*Unified Health System*" (*SUS*), particularly at the Basic Health Units.

THE CHRONICLE OF PHARMACEUTIC PROFESSION IN BRAZIL

The study of the public health policies in Brazil, and also the history of the pharmaceutical professional may be analyzed in three chronological stages as the following: from 1900 to 1930; from 1931 to 1964; and after 1964³.

The pharmacist from 1900 to 1930: a health professional

By that time, the pharmacist, previously called apothecary, was the person who used to carry out researches, prepare, and evaluate new pharmaceuticals products. Their main occupation was to ensure the quality of the medication, which should be prepared with no adulterations, and by adopting the right technics. Moreover, they were in charge of advising and guiding the patients by establishing a direct contact and interact with them^{1,4}.

In Brazil, the pharmaceutical education officially started in 1832, firstly connected to the Schools of Medicine of Rio de Janeiro, and later on the Schools of state of Bahia in the State of Bahia based on the conceptual and theoretical foundation originated from the medical knowledge base. The course used to last four years being three years of theoretical classes plus one year of practical training at laboratories^{3,5}. For nearly hundred years, from 1832 to 1930, the education was aimed to prepare the professionals able to deal with all medication workflow, from their manufacturing to their safety and proper use by the patients.

By 1930, as a consequence of the changes in the economy along with the industrialization process, the curricular framework of the pharmacy courses started privileging the skills related to the industrial production processes⁶. The second cycle of the public health policies pertaining to the beginning of the industrialization process demanded changes in the professional activities, which were directed to the Industrial technical area.

The pharmacist from 1931 to the early 1960's: the loss of an identity

The technological development brought about by massive investments in the industrialization process of the pharmaceutical sector especially after 1945 allowed for the launching of new drugs produced in industrial scale that made it available for the population the recover from diseases previously considered fatal, especially infectious diseases. Such scenario reinforced the medications as “*hybrid objects, in a mix of consumer goods and therapeutic instruments with fully symbolic strength*”⁷. From such a perspective, Lefèvre

(1991)⁸ stated that evaluating a medication also means to analyzing an object that at the same time heals, controls, and prevents as a therapeutic agent that alienates and dominates for being a merchandise that substantiates and symbolizes as it substantiates something that embodies healing, relief, and protection.

The prevalence of the drugs as merchandises in detriment to the drugs as a therapeutic instruments contributed to the redirection of the focus from the patient-subject onto the drug-object^{9, 10}. Its new scientific characteristic, more rigid regarding its new production methodology and effectiveness tests, made its prescription a fundamental procedure to legitimate the sound medical practice.

Sua nova característica científica, mais rígida em suas novas metodologias de produção e testes de eficácia, fez de sua prescrição um critério fundamental para a legitimidade de uma boa prática médica.

In such context, the pharmacy began to be assumed as a commercial enterprise made up by third-parties provided that the pharmacist would hold at least 30% of the social capital³. However, the professional profile was gradually switched from being the drugstore owner, then a partner, and afterwards an employee^{11,13}.

The pharmaceutical industry turned out to be responsible for the researches and medication production while that new market reality turned the medicinal drugs into consumer goods in spite of their toxic potential, and their prescribing difficulty. Then, gradually the physicians began being the only ones to prescribe medications while the printed medicine directions took over the job of instructing patients on how to use of medications so turning the pharmaceutical work into a mere salesclerk job. For them, their “healthcare establishment” became a “commercial entrepot”, an emporium that would not be distinguished by selling products socially differentiated.

As the drugstores and workshops were gradually changed into mere commercial establishments, a lot of different goods were included in their inventories in an attempt to

counterbalance the market pressure and increase profits, which were not attained by only selling drugs^{3,6}. This scenario led to the conclusion that the presence of the pharmacist in the drugstore was unnecessary, and the pharmacists were transformed into mere salespersons. According to Perini (1997)¹³, a process that came along with the technological development was the changes in the activities of the pharmacists into minimized actions that lack their transcendent significance and should go beyond business.

Thus, the retirement of the pharmacists from their position in the healthcare individual and collective aspects was noticeable^{11, 14}, and caused them a gradual loss of their professional identity, the lack of their acknowledgment by the society, and by other professionals with regard to what would be their contributions, responsibilities and roles within the health system^{15, 16} followed by an absence of an articulated connection among the profession, the university, and the government in the health area to counterbalance the prevalence seized by the market interests of the drug companies and the pharmacies.

During this period, the tertiary education in Brazil was redirected to meet the job market demand, and the pharmacists' education was no exception^{3, 17}. The scope of professional activity of greater interest, and demanded professionals of higher technical level was the industry and clinical laboratory analysis. The new requirements diverted the pharmacists from the domain of their work aim, the medicine, which used to grant their professional identity^{3, 18}. In 1963, the Federal Education Council set the first minimum curriculum for pharmacy courses as a standard for the colleges of pharmacy as required by the society, and launched the foundations for the third level pharmaceutical education after 1964.

The pharmacist after 1964: a professional seeking a new identity

The fade of the pharmacist's role at the drugstores after the sector's industrialization in the USA was reasonably overcome within the healthcare facilities by introducing a new discipline, the Clinical Pharmacy, which was meant to retrieve the participation of the

pharmacist in the health workforce ¹⁹. It happened in the middle of a serious crisis of professional identity while the period from 1960 to 1987 was marked by the beginning of a new era for the pharmaceutical education and practice ²⁰.

The Clinical Pharmacy, defined as the area of pharmacy concerned with the science and practice of rational medication use, is *responsible for ensuring the safe use of drugs upon applying knowledge and performing tasks related to patient care* ²¹, turned out to be the hope to rescue the social value the pharmacies used to enjoy before the industrialization. Such a process was not only a reaction to the industrialization event, but moreover and mainly a response to the social need to assure the safe use of drugs in a new context of their scientific existence ¹⁹.

Being turned into an enormous worldwide public health problem, the use of medication brought forth the need of the pharmacist to regain its responsibility as a health agent beyond the hospital environment. From such a need of a new practicing pattern and an organized structure to guide the new professional activity, a thinking current and pharmaceutical practice mode started being developed and constituted, which was then designated as pharmaceutical care. This term was first defined in 1975 by Mikeal et al ²² as the assistance a patient would need and receive as to assure assurance a safe and rational use of medicines. Later, a more suited contextual definition was spread worldwide by Hepler and Strand (1990)¹ who defined the pharmaceutical care as the occupation responsible for the pharmacological treatment on the purpose of attaining effective outcomes in terms of improving the patient's living quality.

While it was happening in the USA, the university academic reform was taking place in Brazil from 1969 by gathering similar disciplines within related areas, and creating departments as academic unit. New learning program modules were created to for the pharmacists such as Pharmacist, Industrial Pharmacist, and Biochemical Pharmacist, with two operational options: I- Nutritional Technology, and II- Toxicological and Clinical Analysis³.

However, the academic reform skipped some important subjects like health activities, the orientation regarding the correct use of medications, the nutritional and medicinal interaction, possible side effects and adverse reaction to the drugs, and pharmaceutical assistance was not even acknowledged²³. All the pharmacy school departments were focused on such adjectival education⁶ and from then on the education has been characterized by being excessively technical, which is empathized in this work as a education focused on a specialized domain of activity and knowledge aimed to meet the requirements of the pharmaceutical industry and the clinical analysis laboratories while being deviated from the actual social demands and activities¹⁷. With such an approach, the pharmacist's education, lacking adjectives, became a mere stage required to accomplish further qualifications the professional would develop.

During this period, Brazilian health system was being intensely criticized regarding its inability to attend the main health problems of the population. Being arranged in a centralized form starting from the government departments, and with quite unequal healthcare access, and also a clear partition between the healing and preventive procedures, and health promotion, the system concentrated all available resources in the activities aimed at healthcare provided exclusively by the physicians and the inpatient hospital care. It gave rise to a social movement for implementing a sanitary reform²⁴ aimed at urgent and substantial system improvements. The *Sanitary Reform* was incorporated in the Constitution promulgated in 1988, and under the Law 8.080 - *Organic Health Law*, which regulated the country's "Unified Health System - SUS". The healthcare system was then regionalized and formatted as to guarantee to the population the right to health by instituting the social and economic policies to reduce the likeliness of diseases, and grant the access of the population to the healthcare system as an integral, universal and equalitarian healthcare²⁵.

The *SUS* reoriented the welfare plan towards a new appreciation of the health-disease process. Health started being seen not from its negative definition, that is, not from the point

of view of absence of illnesses, but rather in a positive way as living quality²⁶. The promotion of health and prevention of diseases became pillars of the new model, which recognized the importance of the active participation of the population, acknowledged that people were citizens with knowledge, and autonomy, and emphasized the importance of the teamwork for all health professionals. Besides it, the *SUS* granted the population right to have *integral therapeutic assistance, including pharmaceutical assistance*²⁷.

The inclusion of the pharmaceutical assistance as a responsibility of *SUS* may be taken as a reemergence of the pharmaceutical assistance in Brazil, although its conception was bringing quite innovating features, to the point of being seen as a new standard of country's healthcare history²⁸. Such reality influenced important events in the country such as the edition of the *National Policy on Medicine (PNM)* (Brazil 1998), the *Law of Generic Drugs* (Brazil, 1999), and the *National Policy on Pharmaceutical Assistance (PNAF, 2004)* among other political advancements in the area²⁹. The old centralized pharmaceutical assistance was administered by the *Medication Center (CEME)* that was created in 1971, and was extinguished in 1997 due to its inefficiency and incompatibility with the new institutionalized welfare model^{24,26}.

The *PNM* was established in 1998 on the purpose of ensuring the required safety, efficiency and quality of the medication, and to redirect the assistance towards more effectiveness. The pharmaceutical assistance was turned to the medication and to the activities related to its use, and was aimed at providing support to the health demands of the community³⁰. Since then, all pharmaceutical services have been inserted in a cycle of actions organically combined known as the cycle of the pharmaceutical assistance, which involves: selecting programming, producing, purchasing, warehousing, distribution, prescribing, disposal of the medications, and at last, the orientation and the patient follow-up^{29,31}.

In spite of all the political advancements, the synergy of the factors such as the non dehumanized pharmaceutical practice, the publicity power of the pharmaceutical industry, the inefficiency of the institutions in charge of pharmaceuticals commerce control, and the hospital-centered practice still make the medication a remaining public health problem ³². The large incidence of problems related to medications rely basically on the lack of information and safety, self-medication, low allegiance to treatments, adverse reactions to drugs, and the medicament interactions ⁹, among other reasons. According to the data published by the FDA - Food and Drug Administration - in the United States in 1987 on morbid mortality related to drugs was estimated to be 12.000 deaths and 15.000 hospitalizations due to adverse reactions to drugs, and the expenditure related to the morbidity related to medication comes to nearly seven million dollars yearly ¹.

There are no extensive studies on morbidity related to drugs in Brazil, but only data collection concerning medicinal intoxications recorded by the *National System of Toxic-Pharmacological Information* (SINITOX). Bortoletto and Bochner (1999)³³, based on the figures published by SINITOX from 1993 to 1996, reported 217.512 cases of human intoxication by medicine, and 1.483 deaths. The data published by SINITOX in 2001 showed the occurrence of 20.534 cases of intoxication, and 57 deaths while in 2005 21.926 cases intoxications, and 86 deaths were reported. These figures may represent only a fraction of the real number due to the scarcity of SINITOX branches in other areas of the country. However, medications were the main factors to human intoxication in the country between 1994 and 2005, and after that period it dropped to the second place, being only exceeded by the intoxication caused by venomous animals³⁴. The major part of the problems related to medication is not inherent to the pharmacology itself, or its quality, but to the way medicines are prescribed, dispensed and taken by the patients. A considerable part of this sort of morbidity is predictable, and it has been proved that prevention may be able to decrease the costs while improving the medical aid quality at the same time¹.

The Clinical Pharmacy practice started in the United States only arrived in one of the northeastern states of Brazil with the implantation of the first service, however in a very small degree ³⁵. Nevertheless, the role of the pharmacists, and their participation in the healthcare system in Brazil was only started up after the meetings promoted by the World Health Organization (WHO) in New Delhi (WHO, 1988), Tokyo (WHO, 1993), Vancouver (WHO, 1997) and in Haia (WHO, 1998), and also the Pharmaceutical Forum of the Americas (OPS, 1999), in which the need for the pharmacists to share the duties of treatment of the patients was defined as promoters of the rational use of medicines ³⁶.

In that ambience of the professional practice changes and the new health system model, a certain degree of asynchrony was noted between the concept of pharmaceutical assistance proposed by the *PNM* and the new pharmacist's social demand. According to Ivama et al. (2002)³⁶, the pharmaceutical assistance should guide other sector policies and privilege the health promotion and integral care. According to the author, the practice of the pharmaceutical care should be developed with such perspective, and that is not clearly expressed in the elaboration of the policies. That concern led to the elaboration of a Brazilian Pharmaceutical Care Agreement in 2002, and lately, in 2004, the publication of the *National Politics of the Pharmaceutical Assistance* (PNAF), bringing forth a new concept of the pharmaceutical assistance that attempted to target its focus from the drugs onto the consumer being more suited to the *SUS* principles. In that new concept and according to the Ministry of Health (2004)³⁷, the pharmaceutical assistance was taken as *an assemblage of activities targeted to the promotion, protection and recovering of individual and collective health by considering the medication as an essential supply, and allowing for its access and rational use. That cycle of activities involved the research, development and production of drugs and supplies, and as well the selection, programming, acquisition, distribution, dispensation, quality assurance, follow-up and evaluation of their use in order to attain consistent outcomes and a better living quality of the population.* Such trend has still great deal of

obstacles to be attained as PNAF does not define the skills or scope of the pharmacist's performance in the primary care as there has not been found any historical reference for the professional's activity involving this kind of service³⁸.

In the ambit of the primary care, not only the public sector should be considered. The communal pharmacy has been the most accessible health service through the years and has carried out the largest amount of drugs' supplying throughout the country. As a healthcare provider, and according to the WHO, it brings uncountable advantages as a place for primary care: it features more suitable conditions for conducting social educational campaigns; it is suited place to obtain information; it allows for easy access to the health professional; it decreases the cost of treatments thanks to the primary interventions and patient forwarding to further medical assistance; it allows for steady pharmacological treatments, all that being packaged together along with supplying the medication³⁹. Thus, the large chain of communal pharmacies should perform a complementary role to that provided by the *SUS*^{15, 36}. However, to do so, it requires the presence of qualified pharmacy professionals and an institutional concept different from the currently prevalent common commercial organizations that prevails nowadays. The pharmacist, as a handy professional, may play an outstanding role in primary care, which has not actually happened. Usually, that is the last health professional to be in contact with the patients, and therefore the last ones to be in condition to provide the patients with routines regarding primary health care especially the procedures connected to proper use of drugs^{36, 40, 41}.

This action, currently in process, sets the starting point for the pharmacists to have the opportunity to occupy a place in the healthcare multi-disciplinary workforce, and as well to make it possible for the pharmacies to become advanced primary healthcare centers. What has been discussed it is the need of a cooperation that would integrate the health professional, the private social units of the communal pharmacies, and the *SUS* within the conceptual premises

of the latter ^{15, 36}. Moreover, it is crucial that the schools would be able to prepare the individuals to meet the current social demand. Unfortunately, the reality shows that pharmacy professional preparation has not yet been suited to the new reality, which creates a gap between the demand of the healthcare system and the pharmacists available on the market ⁴².

The curriculum adopted until 2001, and still in use at some universities nowadays, is the minimum curriculum set by the Federal Education Council in 1969, which deals with the academic education strictly technical and directed to the areas previously mentioned³. New guidelines for the pharmacy courses were approved in the country in 2002. The objective of such new approach is to prepare a generalist pharmacist, competent and skilful in all areas of his educational years (drugs, clinical analysis and nutrition), and with the conditions to be mastered in the different areas their expertise. The *SUS* was emphasized as a privileged focus of the formative years by taking into account the social healthcare needs, the integral care and prepare to teamwork. Its guideline also assumes that the professionals should have humanistic, critic and reflexive education in order to work at all levels of healthcare system, and based on intellectual and scientific accuracy ⁴³.

Among the foreseen difficulties to implement the new academic curriculum, in the schools and as well at the institutions aimed at providing health services, are those related to the education of the teachers and the professionals and also those related to the today's prevailing commercial medical activities. According to Lorandi (2000) ⁴⁴, we are facing a possible dangerous vicious circle where the teachers and preceptors emphasize the technics, and therefore have been producing students who also emphasize the technics making it difficult and/or impairing the pharmacist's performance, which emphasizes the Unified Healthcare System, which has been enlarging the gap between the universities and health service needs.

CONCLUSION

Among the uncountable requirements and demands, the pharmaceutical services have not been considered as priorities when the resources of the public health budget are apportioned. Its importance is not yet clear for the majority of the public administrators, nor for the private sector managers of the communal pharmacies. This may be indirectly demonstrated by the reduced number of job offers within the *SUS*¹⁴, and by the well-known small number of professionals effectively working at the pharmacie. All the current efforts have still been modest comparing to the dimension of this professional category, and the difficulties faced by the universities, which may be witnessed by the small number of committed professionals and the incipient organization of groups of teachers who work in this area at the schools. This fact highlights the importance of sensitizing and gathering a larger number of professionals endeavoring to rescue the pharmacist's social role, although it entails changes and articulated demeanors to reorganize the healthcare system, and also set a new posture towards the society and other health professionals¹⁸.

It has been noticed today a stage of rupture between the technical paradigm and the reconstruction of a social identity, which is still incipient and filled with discrepancies within its framework. Despite of the definition of a consensus, it still seems to not be enough to promote the reunification of the different actors in a major changing endeavor. While the pharmacists play the role of a mere distributor of drugs like a simple salesperson, or entrust their job to their auxiliaries who have not been actually prepared to perform such work without the supervision of a reliable professional, neither the society and nor the authorities that control the private systems will recognize such professional as necessary^{3, 4, 9, 44}.

REFERENCES

- 1 - Hepler, C.D.; Strand, L.M. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. *American Journal Hospital Pharmacy*, v.47, 1990. P.533-543.
- 2- Federação Nacional dos Farmacêuticos- FENAFAR- *Educação na Saúde*. [Documento da internet]. Disponível em: < <http://www.fenafar.org.br/docs/cns.doc>> Access: July 2006.
- 3- Santos, M. R. *Do boticário ao bioquímico: as transformações ocorridas com a profissão farmacêutica no Brasil* [masters thesis]. ENSP / FIOCRUZ. Rio de Janeiro, 1993.175p.
- 4 - Santos, M. R. C. *Profissão farmacêutica no Brasil: História, Ideologia e Ensino*. Ribeirão Preto: Holos. 1999. 170p.
- 5- Lobo, F.B. *O ensino da medicina no Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro, Departamneto de Imprensa Nacional, 1964/1969, 5v. In: PIRES 1989.
- 6- Valladão, M.L.F. et al. Os (des)caminhos do ensino de farmácia no Brasil. *Rev. Farm. Bioq. da UFMG*. Belo Horizonte, 1986. p 63-74.
- 7- Sevalho, G. O medicamento percebido como objeto híbrido: uma visão do uso racional. In: Acúrcio FA, eds. *Medicamentos e Assistência Farmacêutica*. Belo Horizonte: COOPMED, 2003. p.7.
- 8- Lefèvre, F. *O medicamento como mercadoria simbólica*. São Paulo: Cortez; 1991.
- 9- Silva, R.R. *Acreditação de Farmácias: a construção de um modelo* [doctors thesis] Universidade de São Paulo –USP. São Paulo, 2003. 210p.
- 10- Melo, R.E., Storpirts S. A importância e a história dos estudos de utilização de medicamentos. *Rev.Brasileira de Ciências Farmacêuticas*. Vol.42, n 4, 2006. p475-485.
- 11- Zubioli, A. *Profissão farmacêutica, e agora?* Curitiba: Ed. Lovise. 1992.
- 12- Cordeiro, B. C.; Leite, S. N, eds. *O Farmacêutico na atenção à Saúde*. Itajaí: Universidade do Vale do Itajaí – UNIVALI., 2005. 189p.
- 13- Perini, E. A Questão do Farmacêutico: Remédio ou discurso? In: Bonfim JRA & Mercucci VL, eds. *A Construção da Política de Medicamentos*. São Paulo. Hucitec: Sobravime, 1997. 383p.
- 14- Vieira, F.S. Possibilidades de contribuição do farmacêutico para a promoção da saúde. *Rev. Ciência e Saúde Coletiva*, 12 (1), 2007. p. 213-220.
- 15- Oshiro, M.L., Castro, L.L.C. Avaliação dos efeitos de uma intervenção educativa para a promoção do uso da Terapia de Reidratação Oral (TRO) em trabalhadores de farmácias. *Rev. Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 18 (1), 2002. p. 287-297.
- 16- Borges F.P., Nascimento-Júnior J.M. Assistência farmacêutica na Atenção primária à Saúde – APS. In: Cordeiro BC, Leite SN, eds. *O Farmacêutico na atenção à Saúde*. Itajaí: Universidade do Vale do Itajaí, 2005. 189p.

- 17- Lorandi, P.A. Análise crítica das propostas curriculares do ensino de farmácia. *Revista Leopoldianum*: Universidade Católica de Santos, ano 25, n 69, 1997. p 353-361.
- 18- Mendes, D. S. A. *A atenção farmacêutica: fundamentação conceitual e crítica para um modelo brasileiro*. [expertise thesis]. Federal University of Minas Gerais – UFMG. Belo Horizonte. 2005.
- 19- Hepler, C.D. The third wave in pharmaceutical education: the clinical movement. *American Journal Pharmaceutical Education*. v. 51. 1987. p.369-384
- 20- Zubioli, A. *Ética Farmacêutica*. São Paulo: Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos, 2004. 396p.
- 21- Alvarez, I.R. Farmacia clínica, sus objetivos y perspectivas de desarrollo. In: Arancibia, A, eds. *Fundamentos de farmacia clínica*. Chile: Facultad de Ciencias Químicas e farmacéuticas de la Universidad de Chile, 1993. 372p.
- 22- Mikeal, R.L.; Brown, T.R.; Lazarus, H.L.; Vinson M.C. Quality of pharmaceutical care in hospitals. *Am. J. Hosp. Pharm.* 1975; 32 (6), p. 567-574.
- 23- Estefan, I. J.S. O ensino de Farmácia. *Rev. Caderno de Saúde Pública*, Dez 1986, vol.2, no.4, p.511-532.
- 24- Acúrcio, F.A. Política de medicamentos e assistência farmacêutica no Sistema Único de Saúde. In: Acúrcio, FA, eds. *Medicamentos e Assistência Farmacêutica*. Belo Horizonte: COOPMED, 2003. p.31-60.
- 25- Brasil. Constution (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasilia, DF: Senado Federal, 1988.
- 26- Marin, N. O Sistema Único de Saúde. In: Luiza VL, eds. *Assistência Farmacêutica para gerentes municipais*. Brasília: OPAS/OMS, 2003. cap.1, p.13-34.
- 27- Brasil. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990 – Organic Health Law. There on the conditions for the promotion, protection and recovery of health, the organization and function of the corresponding services and takes other measures. *Diário Oficial da União*; September, 19, 1990.
- 28- Oliveira, M. A.; Bermudez, J.A.Z.; Osório-de-Castro, C.G.S. *Assistência Farmacêutica e Access a Medicamentos*. Ed. FIOCRUZ. Rio de Janeiro. 2007. 112p.
- 29- Perini, E. Assistência Farmacêutica: fundamentos teóricos e conceituais. In: Acúrcio, FA, eds. *Medicamentos e Assistência Farmacêutica*. Belo Horizonte: COOPMED, 2003. p. 9-30.
- 30- Ministério da Saúde. Portaria nº 3.916/MS/GM, de 30 de outubro de 1998. Aprova a *Política nacional de medicamentos*. Ministério da Saúde/Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 1998.
- 31- Dupim, J.A. *Assistência Farmacêutica um modelo de organização*. Belo Horizonte: SEGRAC. 1999. 79p.

- 32- Bonfim, J.R.A.; Mercucci V.L. (org.). *A Construção da Política de Medicamentos*. São Paulo. Hucitec: Sobravime, 1997. 383p.
- 33- Bortoletto M.E.; Bochner, R. Impacto dos medicamentos nas intoxicações humanas no Brasil. *Rev. Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, 1999.
- 34- Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas - SINITOX. *Casos Registrados de Intoxicação Humana e Envenenamento*. Ministério da Saúde / Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ- Rio de Janeiro, 2005. Disponível em: <http://www.fiocruz.br/sinitox> . Access: novembro de 2007.
- 35- Palhano, T. J. Caderno de textos: Farmácia Clínica, Aconselhamento ao paciente, RAM. Material de apoio do Curso de Especialização em Saúde Pública, área de concentração: Medicamentos, 2002.
- 36- Ivama, A. M.; Noblat, L; Castro, M S; Jaramillo, NM; Rech, Norberto. *Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica: proposta*. Brasília; Organização Pan-Americana da Saúde - OPAS; 2002. 24 p.
- 37- Ministério da Saúde. Resolução CNS n. 338, de 06 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 2004.
- 38- Ricieri M.C. et al. O farmacêutico no contexto da estratégia em saúde da família, que realidade é esta? *Revista Visão acadêmica*: Universidade Federal do Paraná UFPR. 2006, v 7, n 2. 13p.
- 39- Organización Mundial de la Salud – OMS. Reunión de la OMS sobre la función del farmacêutico: servicios farmacêuticos de calidad: ventajas para los gobiernos y el público. Tokio, 1993. 14p.
- 40- Ferraes, A.M.B.; Cordoni Jr, L. Medicamento, Farmácia, Farmacêutico e o Usuário: novo século, novas demandas. *Rev. Espaço para Saúde*. Universidade Estadual de Londrina: Centro de Ciências da saúde. 2003. Disponível em: <http://www.ccs.uel.br/espacoparasaude/v4n1/doc/farmacia.htm> . Access: August, 2007.
- 41- Conselho Federal de Farmácia - CFF. *Exercício profissional diante dos desafios da farmácia comunitária*. 4ªed. Brasília: CFF, 2007. 20p.
- 42- Zubioli, A (org.). *A Farmácia Clínica na farmácia comunitária*. Brasília: Ethosfarma; 2001. 194p.
- 43- Ministério da Educação – MEC. Resolução 02 de 19 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre as Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Farmácia e Odontologia. *Diário Oficial da União*. Brasília, 2002.
- 44- Lorandi, P.A. A formação do farmacêutico para a Saúde Pública. *Revista Leopoldianum*: Universidade Católica de Santos, ano 26, n 73, 2000. p 33-49.

V.2 Segundo Artigo – publicado na Revista Ciência e Saúde Coletiva em setembro de 2008 (anexo V)

O Internato Rural na formação do profissional farmacêutico para a atuação no Sistema Único de Saúde.

The Rural Internship Program in pharmacist graduation to act in the Brazilian Unified Health System

Luciana Tarbes Mattana Saturnino, Zélia Profeta Luz, Edson Perini, Celina Maria Modena

Resumo

Para contemplar o exposto nas Diretrizes Curriculares, algumas Faculdades de Farmácia têm implantado a disciplina de Internato Rural (IR) como forma de inserção do ensino para o SUS e de viabilizar a interação do aluno com a prática farmacêutica. Este trabalho analisa o conhecimento dos alunos do IR do Curso de Farmácia da UFMG sobre o SUS e sobre a atividade farmacêutica. A coleta das informações foi feita por meio de Grupos Focais (GF), um antes e outro imediatamente após a experiência de campo. Oito alunos participaram dos dois momentos. O roteiro do GF contemplou: concepção do SUS, as atividades do profissional no sistema público de saúde e a expectativa com o IR. O processamento das informações foi feito pela análise de conteúdo. Observou-se que em ambos os momentos os alunos desconheciam os conceitos e princípios do SUS. Entretanto, após o retorno do município foram observadas palavras como acesso, direito universal e promoção da saúde. Os alunos desconheciam as atividades do farmacêutico no Serviço e o termo assistência farmacêutica não foi mencionado em nenhum momento. As análises apontaram para o baixo conhecimento dos alunos sobre o SUS e sobre o papel do profissional. No entanto, eles consideraram o IR uma disciplina motivadora para a atuação no mesmo.

Palavras chave: Farmacêutico, Ensino de Farmácia, SUS, Internato Rural

Abstract

Considering the Brazilian Curricular Lines of 2002, some Faculties of Pharmacy established the Rural Internship Program (RI) as a way of introduction of pharmaceutical education planned for the Unified Health System (SUS), and to make possible the interaction of the students with pharmacist practice. This work describes the knowledge of students registered in RI at the Faculty of Pharmacy in Federal University of Minas Gerais about SUS and pharmaceutical service inside the System. The information acquired was taken by Focal Groups (FG), one happening before and the other after the field experience. Eight students participated on the FG, before and after. The script of the FG had: conceptions, professional activity in SUS and the expectation of the students about the RI. The data process was done by content analysis. It was observed that in both moments the students were unaware about the concepts and principles of SUS. However, words like “access”, “universal right” and “health promotion” had been said by the students after the Program. The data analysis pointed low knowledge of the students about SUS and the professional participation in it. The term pharmaceutical assistance was not mentioned at any moment. The students considered the RI a motivating program for future performance in SUS.

Keywords: Pharmacist, Pharmacy Education, SUS, Rural Internship

Introdução

O movimento da Reforma Sanitária Brasileira, iniciado em meados da década de 1970, representou um importante período de transformações na organização e concepção da saúde de modo geral. A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) promoveu uma nova compreensão no processo saúde-doença e redefiniu o vínculo entre os serviços e os usuários, numa combinação que envolve a promoção da saúde, prevenção de enfermidades e atenção curativa. O profissional farmacêutico, que por diversas razões históricas esteve afastado da equipe de saúde, teve uma participação pequena nessa reforma¹. A aprovação da Política Nacional de Medicamentos (PNM) em 1998, a definição do medicamento genérico em 1999 e a Política Nacional de Assistência Farmacêutica em 2004 contribuíram significativamente para o fortalecimento de sua inserção no SUS.

Apesar desses avanços, a prestação de serviços farmacêuticos aos usuários, seja do sistema público ou privado de saúde, ainda é bastante deficitária no Brasil. No SUS, um dos fatores que dificulta a criação e desenvolvimento desses serviços é a escassez de profissional com formação acadêmica adequada ao seu processo de trabalho, sobretudo nas Unidades Básicas de Saúde². Soma-se a isso o fato do nosso país apresentar um grande descompasso entre os modelos de ensino vigentes e as reais necessidades do sistema público de saúde, havendo um consenso entre os observadores da reforma sanitária de que a formação de recursos humanos para o setor é um dos atuais problemas do SUS³. O despreparo dos profissionais recém-formados para atuarem na complexidade inerente ao sistema público de saúde é uma constatação freqüente, assim como a dificuldade encontrada por eles em compreender a gestão e o controle da sociedade sobre o setor⁴.

As diretrizes curriculares nacionais dos cursos da área da saúde reiteram a importância da formação superior propiciar competências e habilidades para o trabalho em equipe multiprofissional, para atuar de forma a garantir a integralidade das ações em todos os níveis de atenção⁵. Como uma das alternativas para superar essa defasagem e preparar o

farmacêutico com este novo perfil, algumas Faculdades de Farmácia do país vêm adotando a implantação dos Internatos Rurais (IR) na grade curricular, esperando com isso promover a integração docente-assistencial e oferecer uma oportunidade ímpar de crescimento pessoal e profissional, mostrando ao estudante que o Sistema Público de Saúde pode ser um local privilegiado de trabalho⁶.

Este artigo teve por objetivo analisar o conhecimento sobre o SUS, a atividade do farmacêutico no Sistema Público de Saúde e a influência do IR na formação dos graduandos matriculados na disciplina de Internato Rural do curso de Farmácia da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

Material e Métodos

A atividade de IR da Faculdade de Farmácia da UFMG (FAFAR/UFMG) originou-se em julho de 1995, por meio de um convênio com o Consórcio Intermunicipal de Saúde do Alto São Francisco/MG. Seu objetivo unia a necessidade de formação dos alunos e a organização da Assistência Farmacêutica (AF) no SUS dos municípios da região consorciada. Posteriormente o IR foi expandido e, até março de 2004, foram desenvolvidas atividades em 187 municípios do estado de Minas Gerais. Atualmente o IR é uma disciplina optativa com 210 horas, divididas em 50 horas de aulas teóricas e 160 de atividades práticas. Estas são realizadas no período de férias, sob supervisão do coordenador da disciplina que, além de ser o responsável pelas atividades pedagógico-administrativas, como preparação das aulas teóricas, contatos com prefeituras municipais. O internato rural da Faculdade de Farmácia da UFMG não estabeleceu como pré-requisito a presença de um farmacêutico preceptor no município para receber os alunos. A supervisão do IR fica sob responsabilidade do coordenador da disciplina. Nos municípios onde o serviço contava com o profissional farmacêutico ele se tornava colaborador da atividade mantendo contato direto com o coordenador da disciplina.

Podem se matricular no internato alunos da FAFAR a partir do sexto período. O conteúdo teórico abrange: conceito e ciclo da AF, política nacional de medicamentos, preenchimento de fichas de estoque, armazenamento, dispensação, atividades de divulgação da informação em saúde para escolas de ensino fundamental e médio, cuidados no manuseio dos medicamentos e elaboração de relatórios. As atividades de campo constam de levantamento situacional da AF municipal, organização do armazenamento e da dispensação e capacitação do pessoal da Farmácia para as atividades básicas da assistência. Como contrapartida o município oferece aos alunos hospedagem, alimentação e locomoção⁷. O total de alunos por município varia de acordo com o número de habitantes, sendo de dois a três para populações de 15.000 a 30.000 habitantes, de quatro a cinco para 30.000 a 50.000 habitantes e seis alunos para aqueles municípios com 50.000 habitantes ou mais. Ao final da disciplina os alunos devem apresentar um relatório final das atividades desenvolvidas⁸.

Pelo currículo atual do Curso de Farmácia da UFMG todas as disciplinas obrigatórias relacionadas ao SUS são oferecidas a partir do sétimo período. Essa situação encontra-se em fase de mudança devido à implantação do novo currículo, generalista, a partir de 2008.

Foi realizado um estudo qualitativo com alunos da Faculdade de Farmácia da UFMG matriculados na disciplina Internato Rural. A abordagem qualitativa, aqui entendida como prática interpretativa que produz explicações contextuais com ênfase no significado do fenômeno, mais que na frequência, foi empregada por se tratar de um referencial metodológico que permite abordar temas sobre a visão de mundo do sujeito da investigação, e apreender o olhar destes indivíduos frente à realidade social.⁹

Tal população foi selecionada por representar um grupo adequado para se descrever o conhecimento de graduandos em farmácia em um estágio avançado de sua formação, em uma das faculdades de farmácia reconhecida entre as maiores do país.

A coleta de informações foi realizada pela técnica de Grupo Focal (GF)¹⁰, efetuadas em dois momentos, antes do aluno iniciar as atividades do IR nos municípios e,

imediatamente após o seu retorno. Foi elaborado um roteiro utilizado nos dois momentos com os seguintes temas norteadores: concepção do SUS, atividades destinadas aos farmacêuticos dentro deste sistema e, motivação e expectativa pelo internato rural. Cada GF contou com a participação dos alunos, de um coordenador e de um observador. Para evitar constrangimentos aos alunos, os autores pertencentes ao quadro docente da FAFAR não participaram das reuniões, que foram gravadas e transcritas na íntegra. Para participar o aluno deveria estar matriculado na disciplina de IR e ter assistido a apresentação do projeto de pesquisa feita por um dos autores, e concordar em fazer parte do estudo. Após a exposição do trabalho para um universo de 32 alunos, oito aceitaram e participaram dos dois momentos, cinco mulheres e três homens. Todos cursavam o sexto período e a idade média foi de 23 anos, variando de 21 a 30 anos. Tomando como base a profissão dos pais, estes alunos poderiam ser de classe média a média baixa. Os estudantes não possuíam experiência anterior de estágio ou outra atividade de trabalho no Sistema Público de Saúde, e relataram não ser usuários do SUS. A homogeneidade etária, de experiências de vida e de formação dos alunos pode explicar essa saturação com um grupo pequeno.

Para a análise do grupo focal, utilizou-se a técnica de análise de conteúdo⁹, adotando os seguintes passos: 1) leitura compreensiva, visando à impregnação do material; 2) análise do conjunto e das particularidades do material transcrito, 3) identificação e recorte temático dos discursos relativos às categorias de análise estabelecidas - *concepção do SUS, princípios éticos, princípios organizacionais, atividade farmacêutica, e internato rural* - 4) interpretação e fundamentação dos dados empíricos com a literatura científica.

O trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos do Centro de Pesquisa René Rachou da Fundação Oswaldo Cruz, conforme protocolo número 17/2006. Para garantir o sigilo das informações os alunos foram identificados pela letra “A” seguida por números.

Resultados e Discussão

A experiência do aluno com o SUS

Público vs privado

Quanto à concepção, os princípios éticos e organizacionais do SUS observamos que, antes da atividade nos municípios os alunos desconheciam seu histórico, seus princípios e suas diretrizes. O discurso predominante entre os alunos foi o do SUS como um sistema de atenção à saúde pública para os pobres, ineficaz e de qualidade inferior ao sistema de atenção privada à saúde.

“Essa coisa de que o SUS é para todo mundo, o SUS é para as pessoas mais pobres e de periferia...” (A5)

“Não sou usuária, então conheço pouco e todos falam que não funciona!” (A7)

“O SUS não funciona por ser público (...) privatize o SUS que resolve (...) quem recebe tem que pagar pra receber e, na realidade, é isso que faz que os planos de saúde funcionem e sejam melhores que o SUS.” (A1)

Ainda que o SUS tenha sido concebido como uma política para toda a população, independentemente da condição socioeconômica, a existência de grandes desigualdades sociais e a presença do sistema privado de saúde gera a expectativa de uma política pública dirigida preferencialmente para as parcelas da população não coberta pelo sistema privado¹¹. Embora seja uma realidade socialmente legítima e coerente se analisada sob o prisma do princípio da equidade, dado que a atenção pública à saúde é uma atividade que gera distribuição indireta de riqueza, ela não é assim compreendida pelos estudantes, talvez pela dificuldade que apresentam em percebê-la na sua dimensão histórica.

Esta representação social, que para Moscovici (2003)¹² é *“um produto da interação e comunicação”* que se estrutura *“a qualquer momento, como consequência do equilíbrio específico desses processos de influências sociais”*, pode ser atribuída às experiências individuais e à inserção social desses alunos, baseada nas mais diferentes fontes de informações e julgamentos valorativos dos diferentes grupos sociais em que estão inseridos¹².

Moscovici ressalta que para entender as representações deve-se estudar tanto a cultura como a mente do indivíduo, pois elas emergem não apenas como um modo de compreender um objeto particular, mas também como forma em que o sujeito (indivíduo ou grupo) adquire uma capacidade de definição e uma função de identidade¹².

O perfil sócio-demográfico dos discentes da UFMG no período de 2003/2004 mostrou que, em geral, eles são de classe média, cursaram o ensino médio diurno e não profissional em escola privada, não trabalhavam e prestaram vestibular pouco tempo após a conclusão do segundo grau¹³. Nos GF os estudantes relataram não serem usuários do SUS e não possuem experiência anterior de estágio ou outra atividade de trabalho no Sistema público de saúde.

O discurso de que os serviços públicos de saúde são piores que os privados é também construído e fortalecido pela mídia: *“... a gente, assim, tinha uma noção [do SUS] porque o que aparece no jornal é sempre que não funciona, que nunca ninguém consegue nada, diferente dos outros planos que nem passa nada e, agora, eu sei que não é assim!” (A3)*. A mídia não cria preconceitos, julgamentos ou verdades absolutas, mas “absorve” o imaginário social, revestindo-o de uma roupagem especial, tecnicamente sofisticada e específica para agradar aos mais diferentes segmentos sociais e aos mais variados gostos¹⁴. A imagem veiculada pela mídia de que o serviço privado de saúde, ao contrário do público, é de acesso fácil e alta qualidade não faz jus ao que realmente os usuários destes sistemas percebem em seu cotidiano. Uma pesquisa realizada em São Paulo mostrou que os planos privados não foram identificados com as idéias de total eficiência, facilidade de acesso e absoluta segurança e o Sistema Público não se identificou com o caos, mostrando que a realidade vista da perspectiva concreta das experiências dos sujeitos é muito mais matizada do que supõe o senso comum¹⁵.

Apesar dos estudantes não se considerarem usuários do SUS, o Ministério da Saúde mostra que cerca de 90% da população do país é em algum momento usuária do SUS, e que 62% utilizam os serviços assistenciais do sistema único complementado com algum plano de

saúde ou atendimento particular¹⁶. Deve-se ressaltar ainda que os adultos jovens, faixa etária do grupo aqui estudado, têm menor necessidade de procurar pelos serviços de saúde, público ou privado¹¹.

A percepção do grupo que participou deste estudo não se diferenciou do senso comum, permanecendo atrelada às imagens baseadas em suas experiências pessoais ou de seu grupo social, ou mesmo àquelas veiculadas pela percepção jornalística nem sempre fundada em realidades antropológicas e sociais mais profundas.

A prática do IR, por sua vez, permitiu aos alunos perceber o sistema público como um local de promoção da saúde e incorporar aos seus discursos palavras como acesso, direito universal, promoção da saúde e até mesmo uma percepção de sua efetividade:

“... eu entendo que o principal mesmo do SUS é que ele é universal e que a saúde é um direito de todos.” (A4)

“... mesmo a população da zona rural tinha acesso aos serviços.” (A6)

“Eu achei que ia ser uma droga, pela fama que o SUS tem, mas lá eu achei que funciona muito bem...” (A2)

A prática de campo, mesmo que limitada, permitiu uma aprendizagem do sistema público de saúde vivenciando-o como sujeito participante, possibilitando que os discentes se reconhecessem como potenciais trabalhadores ou usuários do SUS. Os discursos indicam um aprofundamento na compreensão do que é o SUS. A prática trouxe à tona conceitos fundamentais do compromisso e da qualificação para atuar como sujeito neste cenário. Com esta vivência foi possível um olhar mais abrangente do estudante sobre os seus vários aspectos e contribuiu para mostrar a complexidade que envolve o cuidado com a saúde¹⁷.

Entretanto, ressalta-se a permanência de dificuldades em definir corretamente o SUS: *“... o SUS é um programa que emprega a assistência à saúde da população, tanto em nível municipal quanto estadual...” (A1)*. A redução do SUS à idéia de um programa é certamente uma expressão da superficialidade conceitual que permanece no grupo, que parece

desconhecer sua complexidade como um sistema que engloba vários programas para resolver demandas específicas.

Multidisciplinaridade

A atividade de campo permitiu um contato com o Programa de Saúde da Família e essa experiência trouxe noções como trabalho em equipe e multidisciplinaridade as quais começaram a aparecer nos discursos:

“... com todos os profissionais, a partir do momento da conscientização de uma equipe de saúde, que trabalha em conjunto, como agora no PSF, (...) se cada profissional se empenhar, não só o farmacêutico; tem que ser uma equipe multidisciplinar, que está ali, atuando junto pro sistema funcionar.” (A6)

As oportunidades surgidas no cotidiano das unidades de saúde, como por exemplo, as interações com os diferentes profissionais do Sistema público contribuíram para que os alunos comesçassem a perceber os processos de trabalho na perspectiva dos diferentes fazeres e saberes envolvidos na ação sobre o processo saúde-doença. Os discursos dos alunos tangenciaram o conceito da atenção integral, implicando a necessidade de se estabelecer uma relação de poder bem definida de cada profissional dentro da equipe de saúde e, não menos importante, entre o profissional e o usuário. Essa compreensão significa o reconhecimento da limitação da ação isolada e a necessidade da ampliação dos referenciais com que cada profissional de saúde trabalha¹⁸.

Integralidade e hierarquização

O princípio da integralidade na atenção à saúde é entendido como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema único¹⁹. Talvez este princípio seja o aspecto mais importante de se trabalhar e incorporar nos currículos de graduação na área da saúde, embora sistematicamente difícil. Esta dificuldade está em romper com o paradigma do sistema médico-centralizado e combater a hegemonia da perspectiva

biologicista, presente ainda no sistema público de saúde e no ensino¹⁸. Com relação ao profissional farmacêutico esta dificuldade pode ser potencializada devido a sua histórica perda de identidade como profissional de saúde e sua conseqüente formação tecnicista até os dias atuais¹.

Entretanto, observamos que após a experiência do internato, as falas sinalizaram para uma noção da integralidade na perspectiva do trabalho em equipe e da importância do trabalho interdisciplinar. *“Ele [SUS] consegue oferecer serviços de saúde tanto médico, dentista, assistência farmacêutica de forma geral...” (A1)*

Camargo Jr. (2003)²⁰ propõe que a integralidade seja tomada como um ideal regulador, colocando o trabalho interdisciplinar e multiprofissional como necessidade fundamental para formar profissionais competentes para o atendimento de toda e qualquer necessidade dos usuários.

Antes e após a experiência de campo os alunos desconheciam a estrutura organizacional do SUS e também não compreendiam sua hierarquização *“... a prefeitura, às vezes, prefere comprar um monte de Kombi velha pra poder transportar o pessoal pras outras cidades do que implementar o Sistema Único de Saúde dentro das pequenas cidades.” (A5)*

Para a sua operacionalização o SUS descentralizou as atividades, o que implicou na redistribuição do poder, redefinição de papéis e estabelecimentos de novas relações entre as três esferas do governo: federal, estadual e municipal. Com isso houve a necessidade de se estabelecer alguns pilares de sustentação, assim definidos: regionalização, hierarquização e participação popular através dos Conselhos de Saúde¹⁹. Foi necessário ainda limitar, pela categoria na qual o município se habilita no Ministério da Saúde, as atividades, os procedimentos clínicos e o nível de complexidade que ele deve atender para o repasse adequado dos recursos e para a adequada logística dos serviços²¹. Essa implementação e estruturação do Serviço dependem da delegação de poderes aos gestores e demais políticos e,

consequentemente, das suas respectivas capacidades e habilidades para desenvolver tais tarefas. O que se tem observado na prática é o contrário do ideal planejado e, com isso, um atraso no desenvolvimento do SUS^{21, 22}:

“... os problemas são das autoridades, se as autoridades quiserem fazer um trabalho sério, (...) tem como funcionar (...) falta de competência do pessoal que ta no poder, pessoal que tem poder de fazer as coisas.” (A8)

“O maior problema são esses entraves mesmo políticos que tem!” (A2)

A formação e a capacidade dos gestores para administrar e gerir de forma adequada toda a complexidade do SUS tem sido bastante discutida e questionada, por diferentes autores^{4, 18, 22}. De acordo com o trabalho de Ceccim e Feuerwerker (2004)²², as iniciativas de mudanças no processo de formação de coordenadores, gestores municipais e estaduais e docentes universitários têm sido muito tímidas na sua capacidade de promover mudanças nas práticas dominantes no sistema público de saúde. Limitadas a introduzir mudanças pontuais nos modelos hegemônicos de formação e cuidado, acabaram mantendo a lógica pragmática das ações e não conseguiram desafiar os distintos atores para uma postura de transformação e problematização de suas próprias práticas.

Atividades do profissional farmacêutico no SUS

Os alunos apresentaram muita dificuldade para falar sobre as atividades que o farmacêutico está apto a desenvolver no SUS. O termo “assistência farmacêutica” não foi mencionado. Entretanto, este tem sido amplamente discutido nos meios profissionais brasileiros e reconhecido em documentos legais como um conjunto sistêmico de atividades envolvendo a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como a sua seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade, acompanhamento e avaliação de sua utilização, na obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população²³. Mesmo após a experiência de campo os alunos

continuaram apresentando uma visão fragmentada das possibilidades de atuação do profissional.

“... a assistência farmacêutica seria realmente o contato com o paciente...” (A3)

Poucos postos de trabalho no SUS, a falta de reconhecimento do farmacêutico como profissional da saúde, e o desinteresse, não só da categoria, como também dos alunos por esta área de atuação foram os pontos que dificultaram a inserção do profissional no SUS. Nesse ponto os estudantes são enfáticos em afirmar que foram atraídos pelo IR pelo desejo da experiência profissional, do contato com o paciente e de aprender não só sobre as atividades farmacêuticas, mas, mormente sobre o SUS:

“Eu procurei fazer o internato rural porque eu acho que é uma experiência pra gente que ta fazendo farmácia, pra gente ter um contato maior com o SUS (...) ter um contato maior da real situação da farmácia no SUS (...). Sair do academicismo (...) por em prática um pouco do que a gente estuda e poder contribuir de alguma forma com o que a gente aprende...” (A5)

Teoria e prática

A forma com que os discentes aprendem a realizar tarefas profissionais na faculdade, geralmente idealizada, versus a realidade do mercado de trabalho que exige do profissional um ritmo mais acelerado, demonstra muitas vezes à distância entre o ensino e os setores de prestação de serviços de saúde no qual o estudante se sente despreparado e inseguro para atuar²⁴.

“... se não fosse o internato rural, que fosse uma outra coisa (...) no SUS daqui de Belo Horizonte com alguém supervisionando (...) Mas alguma coisa que desse para pegar essa parte prática.” (A4)

A disciplina do IR é historicamente reconhecida como uma atividade na qual o aluno deve ficar ‘interno’, por um período de tempo determinado, em um local fora do âmbito da universidade. O internato se, caracteriza, preferencialmente, por ser efetivado em municípios

do interior. À época da criação da disciplina, não só na Faculdade de Farmácia como também na Medicina e na Odontologia, era comum nos municípios do interior um sistema público de saúde mais precário, inclusive devido à falta de profissionais. Geralmente esses municípios apresentavam forte característica rural na distribuição de sua população, razão da definição do nome da atividade e que permanece até os dias atuais. Se a proposta fosse implantada em regiões metropolitanas, entendemos que esta seria uma experiência rica por atender aos objetivos da disciplina que é oferecer um outro cenário ao estudante diferente do vivenciado na Universidade. Além disso, em relação ao ensino de Farmácia a experiência que o internato traz pode ser ainda mais rica considerando que é incipiente nos serviços a assistência e a atenção farmacêutica.

O destaque para a importância dessa articulação entre a teoria e a prática, e a pobreza dessa articulação no ensino, ficou patente em todas as falas. Para os alunos é fundamental o enriquecimento mútuo da abordagem teórica e da experiência prática em sua formação, reforçando o valor da dúvida como elemento que instiga ao estudo e ao entendimento para a solução de problemas:

“... a dificuldade do internato também fez a gente procurar, (...) correr atrás (...) E não adianta, a gente pode ter mil aulas da coisa, a gente chega achando que sabe tudo e não era.” (A2)

“... eu não sei, porque quando a gente olha pra matéria (...) com a experiência do internato, (...) a dúvida que a gente teve sendo respondida, aí a gente: ah, agora entendi! É bom também!” (A7)

Essa necessidade de aquisição de habilidades e competências práticas tem sido apoiada pelas diretrizes curriculares, talvez por influência dos diversos debates sobre a formação de profissionais para o SUS. Rossoni e Lampert (2004)²⁵ apontam que a vivência de alunos e professores nos diferentes níveis de atenção do SUS deve estar articulada em todas as

etapas de formação. A proposta político pedagógico do curso deve romper com a lógica das disciplinas isoladas e do ensino fragmentado.

Os estudantes relataram o envolvimento excessivo da faculdade com as atividades de pesquisa em detrimento das atividades voltadas para o SUS e afirmaram que se formam muito teóricos, direcionados para as atividades acadêmicas, como mestrado e doutorado, e não pelos setores prestadores de serviços de saúde: *“eu acho que essas coisas da gente ser voltado para as pesquisas (...) a gente como aluno da UFMG, a gente só tem oportunidades, mas dentro da faculdade, assim, onde a gente vai buscar espaço? Se a gente for buscar fora daqui, não dá tempo! Então acaba que o povo busca aqui dentro da faculdade e, o que que a gente vai encontrar aqui dentro da faculdade? É iniciação científica, monitoria, esses tipos de coisas. Não vai encontrar nada de lidar com as pessoas, de paciente, de farmacêutico-paciente da atenção farmacêutica.” (A2)*

Uma pesquisa na Universidade Federal do Rio Grande de Sul que explorou a experiência de transição universidade-mercado de trabalho entre jovens universitários dos Cursos de Farmácia e Odontologia, também demonstrou que o envolvimento exclusivo com a pesquisa e iniciação científica são fatores de afastamento de outras experiências de formação, mais diretamente ligadas à realidade profissional aplicada²⁴.

As falas dos alunos apontam para a falta de apoio e incentivo da faculdade, o que contribui para o desinteresse dos alunos para as atividades relativas ao SUS, interesse esse relacionado por eles ao grau de politização do aluno. Segundo eles os colegas que atuam no Diretório Acadêmico (DA) apresentam maior interesse pelas políticas públicas, com maior conhecimento e capacidade de discussão:

“... eu acho que o curso (...) não prepara o farmacêutico para isso (...) a base nós temos, mas parece que o curso não chama a atenção da gente pro SUS, (...) Num leva a gente a olhar (...) pro SUS.” (A8)

“Os meninos do DA (...) eles têm mais conhecimentos, eles discutem mais, eles são mais politizados.” (A3)

“Geralmente o pessoal que vai pro PAM [Posto de Atendimento Médico] é o pessoal mais engajado do DA, esse pessoal que quer ir para o PAM, o resto não quer ir...” (A4)

A eficácia do Internato Rural

Não obstante o reduzido tempo da atividade de campo, os alunos afirmaram que as expectativas de aprendizado e de crescimento, tanto profissional quanto pessoal, foram atingidas após a experiência vivida:

“Minha expectativa não só foi atingida como ultrapassou o que estava esperando. É impressionante o tanto de coisa que você conhece e aprende.” (A4)

“O tempo foi bastante corrido e eu acho que deveria ser mais tempo!” (A2)

Neste sentido as diretrizes enfatizam a responsabilidade das Instituições de ensino em criar condições para que o aluno entre em contato com a realidade o mais cedo possível e que desenvolva uma visão coletiva e solidária de seu trabalho. Isso possibilita um confronto crítico entre a teoria e a prática, o que pode garantir uma sólida formação básica multidisciplinar, trazendo uma reflexão sobre o seu papel na sociedade como profissional de saúde ⁵.

Ao final das discussões apenas um dos alunos afirmou que não trabalharia no SUS depois de formado. Os demais ficaram motivados pelo possível tipo de trabalho envolvendo a população e pelo contato com os usuários:

“Eu trabalharia porque achei super interessante essa parte de ter contato com o paciente (...) antes eu não tinha noção do que (...) era. Eu acho que é um trabalho (...) engrandecedor, um trabalho gostoso, é gratificante, você tá podendo ajudar mesmo as pessoas.” (A6).

Considerações Finais

De modo geral, o perfil dos alunos que participaram do trabalho foi o de alunos que tinham interesse pelo Sistema Único de Saúde, e que buscavam experiências para além dos laboratórios da Faculdade.

Durante o caminho percorrido no desenvolvimento do estudo, notou-se que os alunos desconheciam a história de construção do SUS, bem como os seus princípios éticos e organizacionais. O internato permitiu uma aproximação com as atividades do Serviço de Saúde e favoreceu uma vivência que contribuiu para desfazer alguns (pre)conceitos sobre o SUS, mas, não supriu as deficiências conceituais dos alunos.

Há um descompasso entre as aulas teóricas sobre o sistema público de saúde oferecidas no sétimo e o IR no sexto período do Curso, o que provavelmente contribuiu para as falas, especialmente antes da experiência de campo, com conteúdo de senso comum. Ficou patente nos GF a necessidade de discussões, após o internato, que de alguma forma contemplem as atividades que foram desenvolvidas pelos alunos. Dessa forma a experiência de campo poderia sedimentar o conhecimento além de contribuir para a elaboração de propostas de trabalho a serem apresentadas e discutidas nos municípios.

Revela-se a necessidade de uma reforma na educação que expresse o atendimento dos interesses públicos no cumprimento das responsabilidades de formação estudante-científica, ética, humanística para o desempenho técnico profissional que possa trazer uma verdadeira relevância social, caso contrário, não conseguiremos formar profissionais competentes e adequados para transformar e inserir os serviços farmacêuticos dentro do Sistema Único de Saúde²².

Entretanto, os resultados descritos no presente artigo devem ser relativizados e as conclusões restritas ao grupo estudado. Nossa intenção não foi a de esgotar o tema e sim de trazer elementos para abordagens futuras mais aprofundadas.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Santos MRC. Profissão Farmacêutica no Brasil: História, ideologia e ensino. Ribeirão Preto: Holos; 1999.
2. Borges FP, Nascimento-Júnior JM. Assistência farmacêutica na Atenção primária à Saúde – APS. In: Cordeiro BC, Leite SN, organizadores. O Farmacêutico na atenção à Saúde. Itajaí: Universidade do Vale do Itajaí, 2005.
3. Rodrigues MM, Reis SMAS. O Ensino Superior e a formação de recursos humanos em áreas da saúde: os desafios e tendências atuais da integração e da interdisciplinaridade. Rev Bras. de Educação, 2006.
4. Ceccim R, Bilibio LFS. Articulação com o movimento estudantil da área da saúde: uma estratégia de inovação na formação de recursos humanos para o SUS. In: Ferla A.A., Fagundes SMS, organizadores. Tempo de inovações: a experiência da gestão da saúde do Rio Grande do Sul. Porto Alegre: Dacasa, 2002. p.163-174.
5. Brasil. Resolução 02 de 19 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre as Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Farmácia e Odontologia. Ministério da Educação. Conselho Nacional da Educação /CNE, Câmara de Ensino Superior /CES. Diário Oficial da União. Brasília, 2002; 19 fev.
6. Cury GC, et al. Avaliação do processo didático-pedagógico do Internato Rural – IR: construção de um modelo para avaliação de experiências de integração universidade-serviço de saúde. In: (Re)conhecer diferenças, construir resultados. Brasília: UNESCO, 2004. p.19-28.
7. Pereira AB. Internato Rural de farmácia da Faculdade de Farmácia. In: (Re)conhecer diferenças, construir resultados. Brasília: UNESCO, 2004. p. 440-447.
8. Pereira AB. Apostila para o curso teórico do Internato Rural de farmácia da Faculdade de Farmácia. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais. UFMG, 2007.
9. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 6 ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1999.
10. Debus M. Manual para excelencia en la investigación mediante grupos focales. University of Pennsylvania. Porter; Novelli, 1988.
11. Ribeiro MCSA, et al. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização de serviços de saúde para usuários e não usuários do SUS – PNAD 2003. Rev C S Col, 2006; 11(4): 1011-1022.
12. Moscovici S. O fenômeno das representações sociais. In: Representações sociais: investigações em psicologia social. Petrópolis: Vozes, 2003.
13. Braga MM. Um portal chamado Universidade. Revista da Universidade Federal de Minas Gerais, 2005; 3(7).
14. Njaine K, Minayo MCS. Análise do discurso da imprensa sobre rebeliões de jovens infratores em regime de privação de liberdade. R C S Col, 2002; 7(2): 285-297.

15. Thibes MZ, Augusto MHO. As Representações dos Usuários do SUS: em busca de novas realidades. Relatório final de Iniciação Científica. Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas / FFLCH da Universidade de São Paulo, USP. São Paulo, 2004.
16. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. A saúde na opinião dos brasileiros. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. - Brasília: CONASS, 2003.
17. Carvalho SR et al. O Ensino da Saúde Coletiva no curso médico da Unicamp: experiências inovadoras junto a unidades básicas de saúde. Interface (Botucatu), 2006 10(20): 457-472.
18. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. Cad. de Saúde Pública, 2004; 20(5): 1400-1410.
19. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União 1990; 19 set.
20. Camargo Jr. KR. Um ensaio sobre a (in)definição da integralidade. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2003; p.35-44.
21. Marin N. O Sistema Único de Saúde. In: Luiza VL et al. organização. Assistência Farmacêutica para gerentes municipais. Brasília: OPAS/OMS, 2003; p.13-34.
22. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. Rev Saúde Coletiva, 2004; 14(1): 41- 65.
23. Resolução nº 338 de 06 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Diário Oficial da União, 2004; 06 maio.
24. Teixeira MAP, Gomes WB. Estou me formando... e agora?: Reflexões e perspectivas de jovens formandos universitários. Rev. Bras. Orientação Profissional, 2004; 5(1): 47-62.
25. Rossoni E, Lampert J. Formação de profissionais para o Sistema Único de Saúde e as diretrizes curriculares. Boletim da Saúde, 2004; 18 (1).

Contribuições individuais de cada autor

Saturnino, LTM – Trabalhou na elaboração do projeto, realização do trabalho de campo, da análise dos dados e da redação do artigo.

Luz, ZP – Trabalhou na organização da pesquisa, na análise dos dados, na redação e revisão crítica do artigo.

Perini, E – Trabalhou na organização da pesquisa e na revisão crítica do artigo

Modena, CM - Trabalhou na organização da pesquisa, na análise dos dados, na redação e na revisão crítica do artigo.

V.3 Terceiro Artigo – submetido à Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas

A assistência farmacêutica no SUS: a concepção de alunos do internato rural de um Curso de Farmácia

Luciana Tarbes Mattana Saturnino^{1*}, Zélia Profeta Luz², Edson Perini³, Celina Maria Modena¹

¹Laboratório de Educação em Saúde, Centro de Pesquisas René Rachou, Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ, ²Laboratório de Pesquisas Clínicas, Centro de Pesquisas René Rachou, Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ, ³Departamento de Farmácia Social, Faculdade de Farmácia, Universidade Federal de Minas Gerais-UFMG

As Diretrizes Curriculares de 2002 implantaram um novo currículo para o Curso de Farmácia, trazendo como propósito a aprendizagem para o Sistema Único de Saúde (SUS). Para atender a esta demanda, algumas Faculdades têm implantado a disciplina de Internato Rural (IR) como forma de viabilizar o ensino para o SUS e a interação do aluno com a assistência farmacêutica. Este trabalho analisa a concepção de alunos do IR do Curso de Farmácia da Universidade Federal de Minas Gerais sobre a assistência farmacêutica e sobre a atividade do profissional no SUS. A coleta das informações foi realizada através da técnica do grupo focal antes e após o IR. Para a análise dos discursos foi utilizada a técnica da análise de conteúdo. Participaram do estudo oito estudantes. Observou-se que os alunos apresentavam uma visão fragmentada sobre a assistência, tanto antes quanto após o internato. O IR proporcionou aos estudantes uma visão da realidade e o reconhecimento das dificuldades que o profissional ainda enfrenta nos serviços. Além disso, notou-se que a disciplina de internato no curso de farmácia pode ser uma alternativa que contribui para a atuação e a formação do farmacêutico para o SUS.

Unitermos: Assistência farmacêutica. Farmácia/ensino. Sistema Único de Saúde. Internato rural.

INTRODUÇÃO

A despeito dos inúmeros desafios que o Sistema Único de Saúde (SUS) enfrenta desde a sua instituição em 1988, é inequívoco que a sua criação possibilitou vários avanços, de diferentes ordens, na saúde pública brasileira (Marin, 2003). Em relação à política de medicamentos destaca-se a extinção da Central de Medicamentos (CEME) que durante 26 anos foi responsável pela aquisição e distribuição dos medicamentos para os estados e municípios, num modelo centralizado de gestão.

Com a descentralização da gestão preconizada pelo SUS e a consequente responsabilidade direta dos municípios pela atenção à saúde, novas questões passaram a orientar a assistência farmacêutica. A Política Nacional de Medicamentos (PNM), elaborada em 1998, redefine a assistência farmacêutica que passou a ser considerada como um ciclo de atividades voltadas à promoção, prevenção e recuperação da saúde, individual e coletiva centrado no medicamento e destinadas a apoiar as ações de saúde demandadas por uma comunidade (MS, 1998). Além disso, alguns autores avançaram no conceito da assistência incluindo neste as atividades da atenção farmacêutica que é a prática clínica voltada para a relação farmacêutico-paciente (Dupim, 1999; Santos, 2001).

Embora tenha havido avanços, desde a sua criação, a assistência farmacêutica tem sido objeto de discussões e propostas de forma a atender aos princípios que fundamentam o SUS, não se restringindo apenas à produção e distribuição de medicamentos (Oliveira, 2004). Em 2004, a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF) ampliou as diretrizes e os eixos da assistência farmacêutica incluindo nas suas ações aquelas referentes a interação direta do farmacêutico com o usuário, visando a uma farmacoterapia racional e a obtenção de resultados 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 (Araújo, 2008).

No entanto, no Brasil, a atividade da assistência farmacêutica ainda é muito incipiente e são muitos os desafios que os gestores enfrentam para a construção de uma prática adequada (Araújo, 2008). Entre eles destacam-se a falta de financiamento, a dificuldade de se romper com o modelo hospitalocêntrico, e a necessidade de capacitação dos profissionais para atuarem nesse novo contexto (Borges & Nascimento Jr., 2005; Vieira, 2007).

Em consonância com as definições do SUS, e com as perspectivas de implementação da assistência farmacêutica, as Diretrizes Curriculares do Curso de Farmácia incluíram como objetivo principal da aprendizagem o atendimento aos princípios do sistema público de saúde.

Nesse sentido, o novo profissional farmacêutico deverá ter uma formação humanista, crítica e reflexiva, com capacidade para gerenciar todo o processo da assistência farmacêutica e, ainda, para atuar em todos os níveis de atenção à saúde na perspectiva da integralidade das ações (MEC, 2002).

Em atendimento a estas novas normas, as Instituições de Ensino Superior (IES) têm investido em programas e/ou metodologias que viabilizem, desde o início do curso, a interação do aluno com a população, com os profissionais de saúde, e com o próprio SUS. Dessa maneira, os estudantes têm a oportunidade de se envolver com a complexidade dos serviços públicos de saúde e com seus respectivos problemas (MEC, 2002; MS, 2005).

Em resposta a estas necessidades, algumas Faculdades de Farmácia no país têm implantado a disciplina de Internato Rural (IR) como atividade obrigatória ou de extensão, a exemplo de outros cursos, especialmente os de Medicina e Odontologia, na tentativa de preparar farmacêuticos melhor qualificados para atuarem como profissionais da saúde no SUS. De acordo com Cury et al. (2004), o IR oferece uma oportunidade ímpar de crescimento pessoal e profissional do aluno, além de promover parcerias com instituições e grupos organizadores dos municípios. Além disso, torna-se um local de prática em que todos os envolvidos podem ser sujeitos, desempenhando importantes papéis nos processos de tomada de decisão a partir das relações estabelecidas na disciplina.

O presente trabalho teve como objetivo analisar as concepções sobre a assistência farmacêutica e as atividades do profissional no SUS de alunos matriculados na disciplina de IR do Curso de Farmácia, da Universidade Federal de Minas Gerais, antes e após as atividades de campo definidas.

MATERIAL E MÉTODOS

Internato rural

A disciplina de IR do curso de Farmácia da Universidade Federal de Minas Gerais (FAFAR-UFMG) possui carga horária de, aproximadamente, 210 horas, divididas em 50 horas de aulas teóricas, realizadas duas vezes por semana, e 160 horas de atividades práticas. Nas aulas teóricas são apresentados o conceito e o ciclo de atividades da assistência farmacêutica. A atividade prática consiste na implementação da assistência farmacêutica em municípios do estado de Minas Gerais, previamente selecionado pelo próprio aluno. Ao final da disciplina os alunos devem apresentar um relatório final das atividades desenvolvidas (Pereira, 2004).

Delineamento do Estudo

A abordagem utilizada neste trabalho foi a qualitativa, aqui entendida como prática interpretativa que produz explicações contextuais com ênfase no significado, mais do que na frequência do fenômeno (Minayo, 2000).

Como critério de inclusão no estudo, o aluno deveria estar matriculado na disciplina de IR, ter assistido a apresentação do projeto de pesquisa feita por um dos autores, e concordar em participar.

Para a coleta das informações foi realizada a técnica do Grupo Focal - GF (Debus, 1988), efetuadas em dois momentos, antes e imediatamente após as atividades do IR nos municípios. Optamos pela técnica de GF por se tratar de uma discussão focalizada em grupo com número reduzido de participantes, em geral de 8 a 12. Entre as vantagens da técnica estão a possibilidade de gerar grande quantidade de informações a partir da expressão das idéias e das experiências dos participantes por meio de um debate. Com o GF, é possível conhecer as crenças, idéias e sentimentos dos integrantes, e aprofundar na análise de conteúdo (Debus, 1988).

O roteiro de discussão utilizado nos dois momentos foi o mesmo e abordou a concepção dos alunos sobre a assistência farmacêutica e as atividades destinadas aos farmacêuticos no sistema público de saúde. Os GF contaram com a participação de um coordenador, e de dois observadores externo ao quadro de docentes da FAFAR. As reuniões foram gravadas, transcritas na íntegra e analisadas.

Para o tratamento dos discursos, utilizou-se a técnica de análise de conteúdo (Minayo, 2000). Foi feita a transcrição das gravações seguida da ordenação dos dados com base nas categorias pré-estabelecidas, a leitura compreensiva das entrevistas com a análise do conjunto e das particularidades dos discursos, classificação das informações nas seguintes categorias: *concepção da assistência farmacêutica, atenção farmacêutica e gestão*; e por fim, a articulação entre os dados obtidos e a literatura existente.

Como referencial teórico para analisar a concepção da assistência farmacêutica e nortear os discursos dos alunos foi construído um esquema de atividades da assistência farmacêutica, mostrado na FIGURA 01, baseado nas considerações de Araújo et al. (2008). Segundo os autores, a assistência farmacêutica é uma grande área composta por, pelo menos, duas subáreas distintas, porém complementares, multiprofissionais e interdisciplinares. Uma área está relacionada à tecnologia de gestão do medicamento - garantia de acesso - e a outra está relacionada à tecnologia do uso do medicamento - utilização correta do medicamento - sendo que a atenção farmacêutica pode ser considerada um instrumento da tecnologia do uso

racional do medicamento. A dispensação pode ser considerada a intersecção dessas duas áreas.

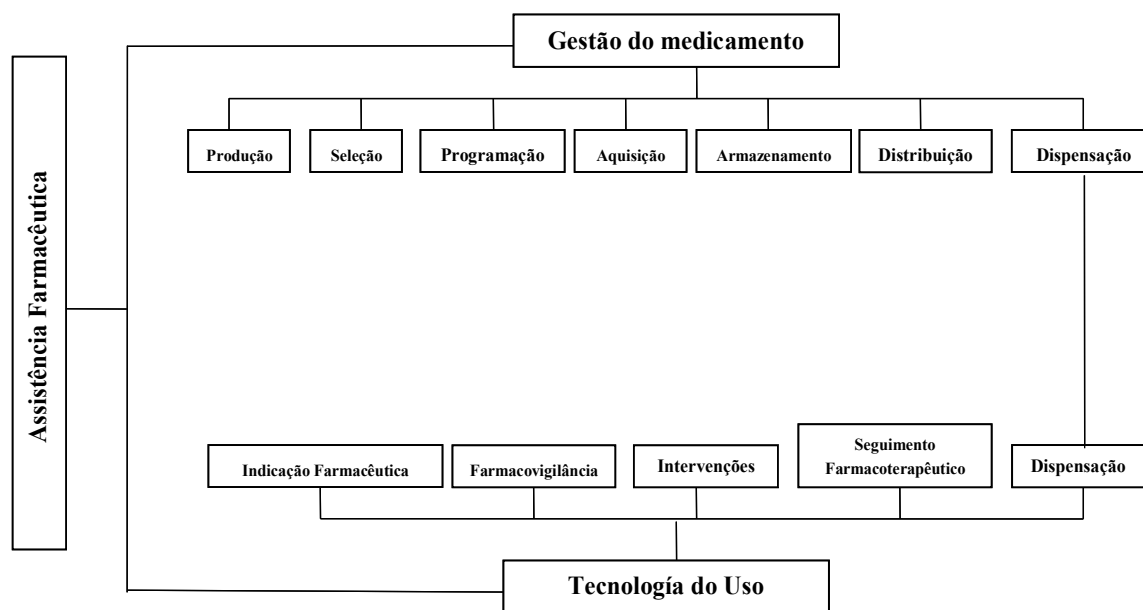


FIGURA 1 – Desenho esquemático das atividades da assistência farmacêutica baseado em Araújo et al. (2008).

O trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos do Centro de Pesquisa René Rachou da Fundação Oswaldo Cruz, conforme protocolo número 17/2006. Para garantir o sigilo das informações os alunos foram identificados pela letra “A” seguida por números.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Do universo de 32 alunos que atendiam ao critério de inclusão, oito aceitaram e participaram, cinco mulheres e três homens. Todos cursavam o sexto período e a idade média foi de 23 anos variando de 21 a 30. Os estudantes relataram não possuir experiência anterior de estágio ou outra atividade de trabalho no sistema público de saúde, e não serem usuários do SUS.

Concepção da Assistência Farmacêutica

A análise do GF anterior à prática do IR mostrou que os oito alunos que participaram desconheciam o significado da assistência farmacêutica. Observamos que à medida que discorriam sobre a atividade da assistência eles demonstravam uma preocupação com a possível realidade do SUS que iriam encontrar nos municípios e sempre conduziam o debate para tal expectativa. Os discursos convergiam para uma idéia de senso comum do SUS como um sistema público de saúde para pobre, desorganizado e que não funcionava.

Após a atividade do IR, os estudantes continuaram sem identificar a assistência farmacêutica como a principal função do profissional farmacêutico, e não a relacionaram como um ciclo de atividades interdependentes relacionadas ao medicamento e ao usuário. No entanto, alguns termos que indicavam uma das atividades da assistência começaram a ser apontados nas entrevistas de forma fragmentada, como mostram as frases a seguir.

“A assistência não vai só na dispensação, o farmacêutico tem que cuidar da aquisição, do armazenamento, até que chegue no paciente.” (A6)

“[A assistência] seria mesmo a distribuição, o controle e a orientação ao paciente.” (A4)

A frequência de alunos que utilizaram palavras chaves do ciclo da assistência após o IR está apresentado na Tabela I. Foi possível notar que as primeiras fases relacionadas à produção, seleção e programação continuaram sem ser citadas pelos alunos, provavelmente por serem desenvolvidas esporadicamente e, muitas vezes, fora da rotina dos serviços da farmácia. Em contrapartida, as atividades realizadas na rotina dos serviços como a aquisição, o armazenamento, e a distribuição foram termos que apareceram com mais frequência nos discursos. As palavras dispensação e orientação ao paciente foram as que mais apareceram nos discursos.

Tabela I – Frequência de alunos em relação ao total de entrevistados que após a prática do internato rural utilizaram as palavras-chaves do ciclo da assistência farmacêutica.

Atividades desenvolvidas na assistência farmacêutica	Frequência n / total de alunos
Produção	0/8
Seleção	0/8
Programação	0/8
Aquisição	3/8
Armazenamento	3/8
Distribuição para os Postos	3/8
Dispensação	6/8
Orientação ao paciente	7/8
Atenção Farmacêutica	0/8

É importante ressaltar que a compreensão e a execução de todas as atividades listadas são imprescindíveis para a garantia do acesso ao medicamento cumprindo, assim, integralmente com o princípio de universalidade do SUS e com a política de desenvolvimento e implantação da atenção farmacêutica.

No entanto, notamos que ao tentarem definir a assistência farmacêutica, a maioria dos estudantes restringiu o ciclo a apenas as atividades de orientação ao paciente e dispensação fazendo uma freqüente analogia da orientação com a atividade da dispensação.

“a assistência farmacêutica seria realmente o contato com o paciente, (...) uma orientação que você dá pro paciente (...)” (A3)

De acordo com Dupim (1999) a dispensação é um ato próprio do farmacêutico que se caracteriza pela relação direta, face a face, entre o farmacêutico e aquele que vai utilizar o medicamento. É o momento em que o profissional ouve, esclarece dúvidas, complementa informações, analisa a prescrição, e fornece informações e orientações quanto ao uso e a guarda do medicamento. O seu maior objetivo é evitar o surgimento de problemas que possam comprometer o tratamento. Entretanto, apesar da orientação ao paciente ser uma atividade inerente à dispensação, ela não é exclusiva deste ato. Ao contrário, a orientação se constitui em uma prática que deve ser incorporada à rotina do profissional de saúde em prol da qualidade de vida do usuário.

Diante da complexidade da atividade de orientação do paciente, os alunos relataram que tiveram dificuldades em informar, e até mesmo, de como se relacionar tanto com os usuários, que na maior parte das vezes tinham baixa escolaridade. O mesmo foi observado em relação aos funcionários da farmácia que por desenvolverem suas atividades, da mesma forma, há muitos anos, não viam necessidade de mudanças.

“É difícil explicar na linguagem mesmo do povo. Tinha coisa que a gente via que ninguém explicava, outras que eles [usuários] fingiam que faziam (...). Eu não acho que a gente tá sendo orientado para fazer este trabalho social na dimensão que seria necessário.” (A7)

“Eu acho que eles poderiam incluir matéria (...) que ensinem a gente a lidar com pessoas, (...) em relação ao usuário mesmo.” (A2)

“... eles confiavam na gente porque eles pensavam assim: ah, eu sou ignorante no assunto, se eles estão vindo da universidade federal e estão no processo de formação, eles devem saber mesmo o que eles estão falando.” (A8)

Esta postura dos estudantes pode estar relacionada às limitações do ensino de farmácia, mas também a outros fatores que podem contribuir como a falta de experiência profissional, a inserção social desses alunos, na sua maioria de classe média, ou até por acreditarem que os profissionais de saúde de nível superior, além de curadores, são também os detentores do saber

Segundo Valla (2000), a dificuldade dos profissionais da saúde e pesquisadores em compreender os discursos dos usuários está relacionado muito mais com aspectos culturais

destes grupos sociais que com questões técnicas. De acordo com o autor, existe uma dificuldade em aceitar que as pessoas com baixo poder aquisitivo e escolaridade e moradoras da periferia são capazes de produzir conhecimento, de organizar e sistematizar pensamentos sobre seu corpo e sua saúde. Entretanto, é importante compreender o usuário como sujeito provido de consciência e conhecedor da sua saúde, em seu contexto social. Este é um ponto, muitas vezes, esquecido durante a formação do profissional, mas, de extrema importância no cotidiano do farmacêutico (Lorandi, 2003).

Nesta mesma perspectiva Freire (2005) aponta que não existe diálogo entre os que negam aos demais o direito de dizer a palavra e os que se acham negados deste direito de pronunciar-se.

Organização da assistência farmacêutica no SUS

Quando os estudantes eram solicitados a falar sobre a atividade do farmacêutico no SUS, freqüentemente conduziam seus discursos para a fragmentação do sistema público de saúde. Eles apontaram os serviços de farmácia como irregulares, desorganizados, e ressaltaram o reduzido número da quantidade de vagas, e de farmacêuticos, nos serviços públicos que tiveram contato. Relataram ainda que os farmacêuticos são responsáveis por tantas atividades administrativas e burocráticas que acabam não realizando a dispensação e nem se aproximando do usuário. O ato de dispensar foi caracterizado, pelos estudantes, como uma mera entrega do medicamento, realizada pelos funcionários da farmácia que, muitas vezes, têm baixa escolaridade, e não recebem treinamento adequado para realizar tal atividade.

“Geralmente nestas farmácias de posto de saúde é uma pessoa, assim, um funcionário que não tá ligado a área da saúde fazendo dispensas.” (A7)

“A pessoa que ficava entregando o medicamento, ela era uma pessoa que não era farmacêutica, eram os atendentes da farmácia.” (A1)

Oliveira et al. (2002), Araújo (2006) e Vieira (2007) observaram em seus trabalhos sobre a atividade do farmacêutico no sistema público a mesma realidade relatada pelos alunos. De acordo com os autores, na maioria das farmácias de unidades básicas de saúde são os funcionários administrativos, desviados de função e sem qualquer formação específica, que atuam dispensando medicamentos. Dessa forma, observamos que a realidade das farmácias municipais retratada pelos alunos não foge à regra da realidade nacional, fato que, infelizmente, ainda traduz um cenário perverso da assistência farmacêutica.

A escassez do profissional no sistema público de saúde é fruto, entre outros fatores, da falta de financiamento exclusivo para organização dos serviços farmacêuticos no SUS. A

Portaria 204 de janeiro de 2007, do Ministério da Saúde, que revogou a Portaria 698/06, e retirou do bloco da assistência o componente que a organizava e assegurava os recursos para o seu custeio. O significado desta transferência foi o retorno do orçamento da assistência para o bloco da gestão do SUS dando autonomia a cada gestor municipal de definir e priorizar a criação de vagas e das atividades farmacêuticas a serem desenvolvidas no SUS (Oliveira, 2004 e MS, 2007).

De acordo com os trabalhos sobre a atuação do farmacêutico no SUS, os gestores da saúde ainda não se conscientizaram da importância do profissional farmacêutico em agregar, ao medicamento, serviços que podem aumentar sua adesão, reduzir custos e evitar seu uso irracional (Borges e Nascimento, 2005 e Vieira, 2007). Além disso, a orientação ao paciente, no ato da dispensação, é um momento extremamente importante para complementar as informações fornecidas pelo médico, e torna-se uma das últimas oportunidades de identificar, corrigir ou reduzir possíveis riscos associados à terapêutica (Arrais et al., 2007; Oliveira et al., 2004). Neste sentido, buscar alternativas que permitam viabilizar este contato do farmacêutico com o usuário possibilitando, inclusive, a oferta do serviço da atenção farmacêutica e o do seguimento farmacoterapêutico ao paciente, passa a ser uma responsabilidade emergente que engloba, além do profissional farmacêutico, as demais frentes governamentais (Hepler e Strand, 1990; Ministerio de la Sanidad y Consumo, 2001; Machuca et al., 2003).

Atenção Farmacêutica

Os alunos tiveram dificuldade em conceituar e em entender a complexidade da assistência, sobretudo quando relacionado à sua complementaridade com a atenção farmacêutica. Antes da prática do IR e durante a discussão com os alunos, o termo “atenção farmacêutica” foi apontado de maneira ambígua, e seus discursos centraram na questão da multiprofissionalidade, provavelmente, devido à ampla cadeia de atividades que ambos os termos admitem. Porém, após a experiência do IR, além da atenção não ter sido citada em nenhum momento, os estudantes continuaram sem apontá-la e contextualizá-la como prática envolvida na política da assistência farmacêutica.

“Atenção é multiprofissional e assistência não.” (A6)

“Não, assistência que é multiprofissional e a atenção não é.” (A7)

“Eu acho que atenção é multiprofissional, não é só com o farmacêutico, tem equipe médica, tem os enfermeiros.” (A8)

Este desconhecimento pode ser resultado da atenção farmacêutica ser ainda uma prática muito incipiente no país, inclusive, desconhecida pelos profissionais atuantes no sistema (Ivama et al., 2002), e, ainda muito precária na formação do farmacêutico (Mendes,

2005; Pereira, 2005). Atualmente na UFMG a disciplina de Atenção Farmacêutica é optativa podendo se inscrever alunos a partir do quarto período (UFMG, 2007).

A prática da atenção farmacêutica, apesar de estar incluída como uma das atividades da assistência possui um ciclo independente que engloba a promoção do uso racional do medicamento, a educação em saúde, a indicação farmacêutica, o atendimento farmacêutico, o seguimento farmacoterapêutico personalizado, a prevenção de enfermidades e a farmacovigilância (Rodrigálvarez et al., 2001; Ivama et al., 2002; Hernández et al., 2007). Sua finalidade é aumentar a efetividade do tratamento medicamentoso, concomitante à detecção dos resultados negativos associados aos medicamentos (RNM), ocasionando assim a possível retomada do farmacêutico como profissional da saúde e, conseqüentemente, tornando-o co-responsável pelos cuidados com o paciente (Hepler e Strand, 1990; Machuca et al, 2003; Oliveira et al., 2004; Hernández et al., 2007).

Apesar de a atenção farmacêutica englobar todas essas atividades assistenciais do farmacêutico orientadas ao usuário, a metodologia que se tem utilizado para medir e avaliar sua efetividade é a do seguimento farmacoterapêutico (SFT) através da quantificação e classificação dos RNM. Este SFT é uma prática clínica que monitora e avalia, de forma continuada, a farmacoterapia do paciente com o objetivo de melhorar os resultados na saúde (Hernández et al., 2007). O trabalho de Muñoz (2008) sobre o efeito do Método Dáder de SFT no risco cardiovascular em pacientes ambulatoriais, mostrou como esta ferramenta, quando rigorosamente utilizada pelos farmacêuticos, centrada na parceria com o próprio paciente e com os médicos, visando a qualidade de vida do sujeito, contribui estatisticamente na melhora dos resultados no controle da hipertensão arterial e da hipercolesterolemia .

Gestão da Assistência Farmacêutica

Para o desenvolvimento da assistência farmacêutica e sua conseqüente efetividade, em qualquer sistema de saúde, é imprescindível entender o significado da gestão. Para a Organização Mundial da Saúde (1997), dois dos sete papéis mínimos e essenciais para o futuro profissional farmacêutico atuar nos sistemas sanitários é a capacidade de ser gestor e líder. Denominado “farmacêutico sete estrelas”, este novo profissional deve ter habilidade para dirigir de forma efetiva e criativa os recursos humanos, físicos e, sobretudo, o seu tempo (FIP, 2000). Dessa maneira, a gestão dos processos da assistência e dos funcionários da farmácia tornam-se atividades imprescindíveis dentro do contexto do sistema descentralizado. Entretanto, os alunos desconhecem o significado e a importância da gestão e confundem o termo com trabalho administrativo que seguramente o serviço demanda.

“A presença do farmacêutico é importantíssima porque, infelizmente, o pessoal que trabalha lá não sabe a importância do funcionamento correto de um almoxarifado, do armazenamento do medicamento, então isso toma muito o tempo do farmacêutico.”(A15)

De modo geral, é grande a dificuldade dos farmacêuticos em exercer o gerenciamento das atividades que a assistência e atenção farmacêutica demandam devido à complexidade inerente à atividade (Nagasaki, 2002; Netto et al., 2002). Estes autores retrataram que o obstáculo quanto à gestão, da maior parte dos entrevistados, é devido à formação inadequada para tal atividade. Eles ainda ressaltaram a necessidade de se conscientizar o farmacêutico, desde a faculdade, sobre a sua futura atividade empreendedora, gestora, e sobre a importância da redistribuição de funções e atividades entre os auxiliares da farmácia.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar de constar na carga horária da disciplina de IR aulas teóricas a respeito da assistência farmacêutica, apenas ao retornarem dos municípios, os alunos passaram a apontar com mais frequência as atividades envolvidas no ciclo da assistência. Retrataram a realidade da estruturação do serviço, e mencionaram a pouca oportunidade de trabalho para o farmacêutico no SUS, além da falta de capacitação e de incentivo das instituições formadoras para tal área de atuação, como obstáculos que retardam a implantação efetiva da assistência farmacêutica no sistema público de saúde.

O internato no curso de farmácia, pareceu-nos uma atividade estratégica para o ensino do SUS devido à oportunidade do aluno vivenciar diferentes aspectos do sistema e de poder articular o conhecimento teórico com a prática. Além disso, observamos neste trabalho que o IR contribuiu para que o aluno tomasse decisões diante de diferentes situações além da consciência dos obstáculos da atividade farmacêutica no sistema público de alguns municípios do estado de MG.

Não existe um modelo padronizado, único e ideal para o desenvolvimento da assistência farmacêutica no sistema público de saúde. Apesar de bem definida, com seu ciclo de atividades bem desenhado, a assistência traz, assim como o próprio SUS, novas concepções com consequentes quebras de paradigmas que acarretam uma resistência natural dos profissionais, dos docentes, e dos próprios alunos, em transformar esta realidade.

É importante chamar a atenção que as conclusões deste trabalho devem ser restritas ao grupo estudado. De modo geral, os alunos que aceitaram participar tinham grande interesse pelo SUS. Entretanto, nossos resultados se assemelham com o de outros autores - Nagasaki,

2002; Oliveira, 2004 e Araújo, 2006 - o que nos estimula sugerir que novas metodologias e formas pedagógicas sejam pensadas para a formação do profissional para o SUS.

Historicamente o IR é reconhecido como uma atividade na qual o aluno deve ter contato com cenários diferentes dos vivenciados na Universalidade. A disciplina se caracteriza preferencialmente, por ser efetivada em municípios do interior. Entretanto, a experiência do Curso de Farmácia da UFMG poderia ser implantada em municípios de regiões metropolitanas, periferias de grandes cidades, pois, ainda é incipiente nos serviços a assistência e a atenção farmacêutica. Além disso, o fortalecimento da disciplina de IR na FAFAR/UFMG pode apontar para novos caminhos fundamentais na formação do futuro farmacêutico, não só para atuação no SUS com a implantação e implementação da assistência, como também para a retomada da profissão na perspectiva da promoção da saúde.

ABSTRACT

The pharmaceutical assistance in SUS: conception of students from a *Rural Internship of Pharmacy Course*

The 2002 Brazilian Curricular Lines established a new curriculum for the Pharmacy Programs, with the purpose of instructing about the *Unified Health System* (SUS). For this, some Colleges have implemented the *Rural Internship (RI) discipline* as a way to promote: a) adequate information for SUS, and b) more interaction of the students with pharmaceutical assistance. In this work we analysed the conceptions on pharmaceutical assistance and the professional's activities in SUS of students, who are enrolled at RI, from the undergraduate Pharmacy Program at Federal University of Minas Gerais. Eight students participated in the study and their conceptions were obtained by focus groups, before and after the RI. The information was analyzed using content analysis. It was observed that the students had a fragmented view on assistance, prior to as well as after taking the RI. Nevertheless, the RI has provided the students a view of the professional reality and the difficulties still faced by the professionals on the routine. The RI course in the Pharmacy Programs was perceived as an opportunity that contributes to improvement of the professional work at SUS.

UNITERMS: Pharmaceutical assistance, Pharmacy/education, Rural internship, SUS.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARAÚJO, A.L.A; FREITAS, O. Concepções do profissional farmacêutico sobre a assistência farmacêutica na unidade básica de saúde: dificuldades e elementos para a mudança. *Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas*, v.42, n.1, p137-146, 2006.

ARAÚJO, A. L. A. PEREIRA, L. R. L.; UETA, J. M.; FREITAS, O.. Perfil da assistência farmacêutica na atenção primária do Sistema Único de Saúde. *Rev. Ciência & Saúde Coletiva*, v.13, Supl., p.611-617, 2008.

ARRAIS, P. S. D.; BARRETO, M. L.; COELHO, H. L. L. Aspectos dos processos de prescrição e dispensação de medicamentos na percepção do paciente: estudo de base populacional em Fortaleza, Ceará, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v.23, n.4, p.927-937, 2007.

BORGES, F.P.; NASCIMENTO JUNIOR, J. M. Assistência Farmacêutica na Atenção Primária à Saúde – APS. In: **CORDEIRO, B. C. & LEITE, S. N.** *O Farmacêutico na atenção à Saúde*. Itajaí: Ed. UNIVALI; Universidade do Vale do Itajaí, 2005. 198p.

CURY, G.C., MELO, E. M.; POLIGNANO, M. V.; LEITE, A. A.; BARBOSA, H. F.. Avaliação do processo didático-pedagógico do Internato Rural – IR: construção de um modelo para avaliação de experiências de integração universidade-serviço de saúde. In: UNESCO. *(Re)conhecer diferenças, construir resultados*. Brasília: UNESCO, 2004. p. 19-28.

DEBUS, M. *Manual para excelencia en la investigación mediante grupos focales*. Office of health and office of education. University of Pennsylvania. Porter/Novelli, 1988. 97p.

DUPIM, J. A. A. *Assistência Farmacêutica um modelo de organização*. Belo Horizonte. Segrac, 1999. 78p.

INTERNATIONAL PHARMACEUTICAL FEDERATION (FIP). *Statement of Policy on Good Pharmacy Education Practice*. Vienna, 2000. 8p.

FREIRE, P. *Pedagogia do Oprimido*. 44.ed. Rio de Janeiro: Ed. Paz e Terra, 2005. 213p.

HEPLER, C.D.; STRAND, L.M. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. *American Journal Hospital Pharmacy*, v.47, p.533-543, 1990.

HERNÁNDEZ, D.S., CASTRO, M. M. S.; DÁDER, M. J. F.. *Método Dader*: guía de seguimiento farmacoterapéutico. Granada: La Gráfica S.C.And, 3.ed., 2007. 128p.

IVAMA, A. M.; NOBLAT, L; CASTRO, M S; JARAMILLO, NM; RECH, N. *Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica*: proposta. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2002. 24 p.

LORANDI, P. A. A formação do farmacêutico como educador em saúde: uma estratégia. *Infarma*, Brasília, n.4/6, p.78-80, 2003.

MACHUCA, M.; FERNÁNDEZ-LLIMÓS, F.; FAUS, M. *Método DÁDER*: guía de seguimiento farmacoterapéutico. Granada: Ed. Universidad de Granada, 2003. 47p.

MARIN, N., LUIZA, V. L. OSORIO-DE-CASTRO, C. G. S.; MACHADO-DOS-SANTOS, S.. (Orgs.). O Sistema Único de Saúde. In: _____. *Assistência Farmacêutica para gerentes municipais*. Brasília: OPAS/OMS, 2003. cap.1, p.13-34.

MENDES, Daniela Santos Angonesi. *A atenção farmacêutica: fundamentação conceitual e crítica para um modelo brasileiro*. Belo Horizonte, 2005. 73p. [Monografia de Especialização em Saúde Pública. Universidade Federal de Minas Gerais}.

MINAYO, M.C.S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 2000. 269p.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO - MEC. Resolução 02 de 19 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre as Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Farmácia e Odontologia. *Diário Oficial da União*, Brasília, 4 de março de 2002. Seção 1, p. 9.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 3.916/MS/GM, de 30 de outubro de 1998. *Política Nacional de Medicamentos*. Ministério da Saúde/Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 1998. 32p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE/MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. *Pró-saúde*: Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde. Brasília, 2005. 80p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Portaria GM nº 204 de 29 de janeiro de 2007*. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. Brasília, 2007.

MINISTERIO DE LA SANIDAD Y CONSUMO. *Consenso sobre Atención Farmacéutica*. Madrid: *Ars Pharmaceutica*, 42:3-4; p. 221-241, 2001.

MUÑOS, P. A.; MARTÍNEZ, F. M.; PALLARÉS, M. M. *Efecto del Método Dáder de seguimiento farmacoterapéutico en el riesgo cardiovascular de pacientes ambulatorios (EMDADER-CV)*. [Tese de Doutorado. Universidad de Granada]. Disponível em: <<http://www.atencionfarmaceutica-ugr.es>>. Acesso em: 17 de junho de 2008.

NAGASSAKI, E.; FUKUDA, E. K.; YAMACITA, F. Y.; PEREZ, G. S.; CAMARGO, E. A.; SOUZA, J. M. C.. Avaliação da formação acadêmica dos farmacêuticos atuantes em farmácias de Londrina – PR. *Infarma*, Brasília, Ano III, v.14, nº 09/10, p.54-55, set/out 2002.

NETTO, J. S.; YAMAMOTO J. A.; BISSOQUI; L. Y.; QUIQUETIO, M. B.; HISSAE, J. M. C. S. . Características da prática farmacêutica em farmácias de Londrina – PR. *Infarma*, Brasília, Ano III, v.14, nº 11/12, p.53-54, nov/dez 2002.

OLIVEIRA, M. A.; ESHER, A. F. S. C.; SANTOS, E. M.; CONSEDEY, M. A. E.; LUIZA, V. L.; BERMUDEZ, J. A. Z.. Avaliação da assistência farmacêutica às pessoas vivendo com HIV/AIDS no Município do Rio de Janeiro. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.18, n.5, p.1429-1439, 2002.

OLIVEIRA, M. J. L. *ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA: a percepção dos gestores e profissionais de saúde em São Luiz (MA)*. Porto Alegre, 2004.78p. [Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul].

PEREIRA, A. B. Internato Rural de farmácia da Faculdade de Farmácia. In: UNESCO *(Re)conhecer diferenças, construir resultados*. Brasília: UNESCO, 2004. 576p.

PEREIRA, M. L. Antídoto para a “empurroterapia”. *Revista Diversa*. Universidade Federal de Minas Gerais , v.3, n. 8. p. 20-23, 2005.

SANTOS, S. C. M. *Melhoria da equidade no acesso aos medicamentos no Brasil: os desafios impostos pela dinâmica da competição extra-preço*. Rio de Janeiro, 2001. 180 p. [Tese de Mestrado. Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública].

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS – UFMG. *Grade curricular versão 2001/02*. Belo Horizonte: UFMG. 2007. [capturado 5 nov. 2007]. Disponível em: http://www.farmacia.ufmg.br/colegiado_grad/grade.htm. Acesso em: 5 nov. 2007.

VALLA, V. V.. (Org.) 2000. *Saúde e Educação*. Rio de Janeiro: DP&A Editora, 2000. 115p.

VIEIRA, F.S. Possibilidades de contribuição do farmacêutico para a promoção da saúde. *Rev. Ciência & Saúde Coletiva*, v.12, n.1, p. 213-220, 2007.

V.4 Quarto Artigo – será enviado para publicação

O farmacêutico nas farmácias distritais de Belo Horizonte: quais são as demandas do SUS para uma assistência farmacêutica de qualidade?

Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS) tem como princípios doutrinários a universalidade, equidade do acesso e integralidade das ações e serviços (Brasil, 1990). O SUS é organizado de forma hierarquizada, regionalizada com participação popular e tem a sua gestão descentralizada nas três esferas de governo. O sistema, que não se resume à prestação de serviços assistenciais, é complexo e tem a responsabilidade de articular e coordenar ações promocionais e de prevenção com as de cura e reabilitação (Vasconcelos & Pasche, 2006)

Entre as atribuições do SUS está a garantia da assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica (Brasil, 1990). A assistência farmacêutica deve ser entendida como parte integrante da Política Nacional de Saúde e, a sua inclusão como uma responsabilidade do SUS, influenciou a edição de políticas importantes no país como a Política Nacional de Medicamentos (PNM) (MS, 1998), da Lei dos Genéricos (Brasil, 1999), Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF) (2004), (Perini, 2003).

A PNM é considerada o primeiro posicionamento formal e abrangente do governo brasileiro sobre a questão dos medicamentos no contexto da reforma sanitária e dessa forma o Ministério da Saúde buscava ampliar e diversificar os serviços prestados no âmbito do SUS (Oliveira et al., 2006, MS, 1988). O seu propósito é o de garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, a promoção do uso racional e o acesso da população daqueles considerados essenciais (PNM, 2001). Com a PNM houve uma reorientação da assistência farmacêutica.

Entretanto, a falta de padronização para a implantação da política, foi e continua sendo um dos dificultadores do processo que muitas vezes fica sujeito, por exemplo, à vontade política dos gestores (Gomes, 2006; CONASS, 2007).

Em 2004, uma nova concepção da assistência farmacêutica é editada como um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, numa tentativa de aproximação do profissional com a atenção básica e a saúde coletiva (MS, 2004).

Nos últimos dez anos, avanços têm sido observados com a definição das políticas mencionadas acima. Entretanto, ainda existem muitos desafios para a prática efetiva da assistência farmacêutica no SUS, dentre eles o número insuficiente de recursos humanos

qualificados e a formação inadequada para o desempenho das atividades que são complexas e abrangentes. (Araújo, 2006; Gomes, 2006; Feuerwerker, 2007).

O ensino de farmácia vem passando por modificações, na tentativa de acompanhar as necessidades do país e de resgatar do papel do farmacêutico como profissional de saúde numa visão mais abrangente e menos tecnicista. Entretanto, ainda há um grande descompasso dos modelos de ensino vigentes com as reais necessidades do Sistema de Saúde e da população (MEC, 2002; Rodrigues & Reis, 2006). Uma alternativa que vem sendo utilizada pelas Faculdades de Farmácia para preparar o farmacêutico com este novo perfil tem sido a inclusão da disciplina de internato rural nas grades curriculares.

No presente trabalho, o objetivo foi identificar, na visão de profissionais farmacêuticos, que atuam em farmácias distritais do município de Belo Horizonte, as demandas do serviço visando o exercício da assistência farmacêutica com qualidade.

Metodologia

Belo Horizonte possui os três níveis da atenção e é habilitado na gestão plena do sistema. O município é dividido em nove distritos sanitários, que correspondem às administrações regionais da prefeitura municipal, sendo que cada um tem definido um espaço geográfico, populacional e administrativo de sua abrangência. Em média, 15 a 20 unidades ambulatoriais fazem parte de um Distrito constituído de unidades básicas (centros de saúde) e unidades de saúde secundárias (CERSAM- Centro de Referência em Saúde Mental e UPA- Unidade de Pronto atendimento). O município conta ainda com uma unidade hospitalar pública e rede contratada. Além disso, em cada um dos nove distritos há uma farmácia distrital gerida por um profissional farmacêutico concursado (PBH, 2007). A Figura 1 mostra um esquema resumido de organização da gerência terapêutica no município de Belo Horizonte.

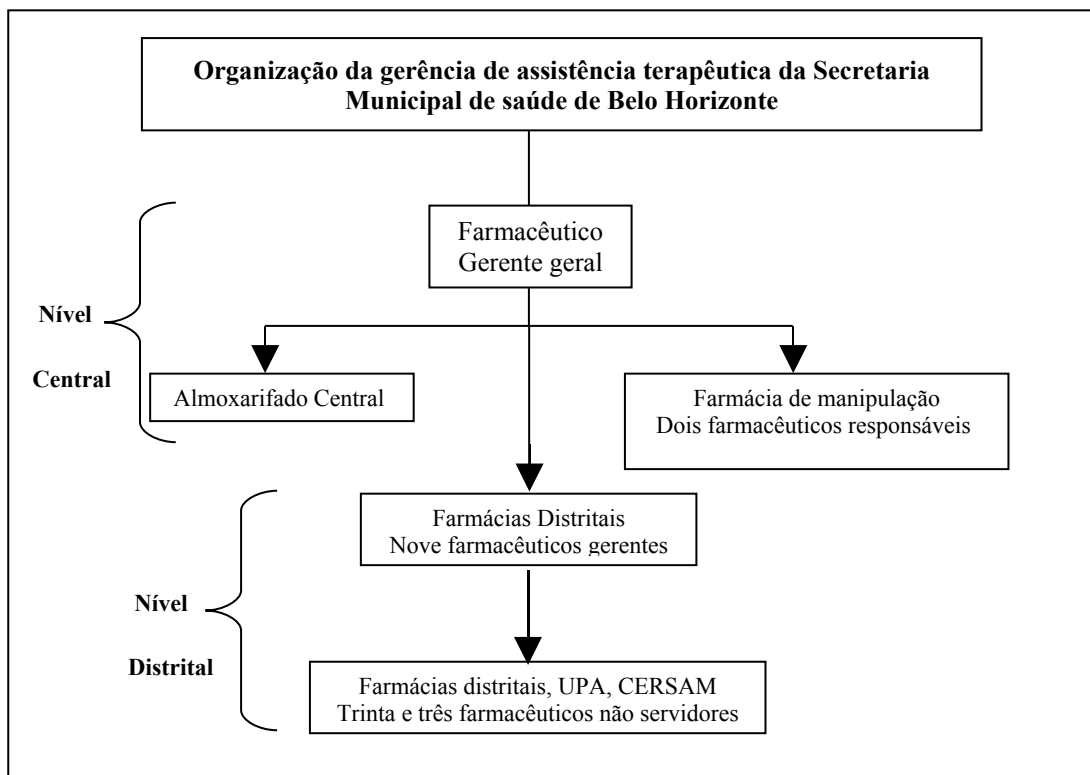


Figura 01 - Hierarquização do serviço de assistência terapêutica do município de Belo Horizonte

A farmacêutica gerente de assistência terapêutica no nível central da Secretaria Municipal de Saúde (SMS-PBH) coordena as atividades de compra do medicamento, armazenamento no almoxarifado central e distribuição para as farmácias de cada regional. Além disso, supervisiona e é referência técnica dos nove gerentes das farmácias distritais e dos dois farmacêuticos responsáveis pela farmácia de manipulação.

Os farmacêuticos concursados, gerentes das farmácias distritais, são responsáveis pela supervisão das atividades desempenhadas pelos demais 33 farmacêuticos. Estes profissionais são contratados para trabalharem 20 horas semanais, e também são responsáveis pela assistência farmacêutica no município.

Delineamento do estudo

Tendo como base esta organização do serviço foi realizado um estudo qualitativo com os nove farmacêuticos gerentes das farmácias distritais. A abordagem qualitativa foi empregada por se tratar de um referencial metodológico que permite abordar temas sobre a visão de mundo do sujeito da investigação, e apreender o olhar destes indivíduos frente à realidade social (Minayo, 1999).

Participaram do estudo os nove farmacêuticos gerentes das farmácias distritais. O critério de inclusão destes profissionais foi em função das atividades que exercem de

coordenação e supervisão e por terem acompanhado todo o processo de implantação das farmácias distritais, representando assim, um grupo adequado para se descrever as principais demandas do Serviço e qual a formação mais apropriada para a implantação da assistência farmacêutica.

O convite aos farmacêuticos foi feito por meio de contato telefônico no qual um pesquisador da equipe resumiu a proposta de trabalho e o formato da participação. A entrevista foi realizada na própria farmácia distrital, de acordo com o dia e o horário disponibilizado pelo farmacêutico. No momento das entrevistas, os profissionais puderam esclarecer qualquer dúvida sobre o projeto, e assinaram o termo de consentimento livre esclarecido.

Para a coleta de dados, foram feitas entrevistas semi-estruturadas na perspectiva de Minayo (1999), com duração de 40 a 60 minutos, que tinham os seguintes temas norteadores: o papel do profissional, as atividades farmacêuticas do SUS, os fatores que limitam e que facilitam as atividades no Serviço, a formação acadêmica do profissional, a experiência com o internato rural (IR) durante a graduação.

Para o tratamento das entrevistas, utilizou-se a técnica de análise de conteúdo, com a leitura compreensiva do material visando a sua impregnação, seguida da análise do conjunto e das particularidades do material transcrito. Foram identificadas as seguintes categorias de análise – *formação do profissional, atividades do farmacêutico no Sistema, e dificuldades enfrentadas dentro do SUS*.

O trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto René Rachou da Fundação Osvaldo Cruz, conforme protocolo número 17/2006. Para garantir o sigilo das informações os farmacêuticos foram identificados pela letra “F” seguida por números.

Resultados e Discussão

Entre os nove farmacêuticos entrevistados, oito eram mulheres. Todos eram egressos de Universidades Federais, habilitados como farmacêuticos-bioquímicos. Oito deles terminaram a graduação entre os anos de 1979 a 1990 e um em 1994. O ingresso destes profissionais no quadro de servidores da Prefeitura ocorreu por meio de concurso público. No primeiro, em 1992, foram admitidos oito destes profissionais e no segundo em 1994, a profissional graduada neste referido ano. Três deles trabalharam em farmácias privadas, dois ministraram aula, dois fizeram concurso para outra atividade, uma foi pesquisadora, três trabalharam com farmácia hospitalar e um na indústria. Apesar de todos terem habilitação em bioquímica, apenas três trabalharam em laboratório de análises clínicas.

Observamos que a época da formação destes gerentes foi a mesma da definição e implantação do SUS e das suas políticas de integralidade, igualdade do acesso e gestão descentralizada e democrática (Brasil, 1990). Diante deste contexto, nenhum deles relatou ter feito uma projeção e não se imaginava trabalhando com assistência farmacêutica no sistema. Por outro lado, notou-se uma preferência para se trabalhar no setor público.

“... na realidade a gente não tinha estímulo porque você vê que (...) o meu ingresso, ele se dá junto com a história do SUS. Um pouco antes do SUS porque o SUS ainda não tinha esse peso que tem hoje...” (F6)

“Não, não pensava não [em trabalhar no SUS]. Eu não tinha projeto de trabalhar no serviço público porque inclusive não existia essa questão da inserção do farmacêutico como profissional do medicamento no serviço público.” (F2)

“Eu acho que no serviço público às vezes você consegue fazer muito mais do que você aprendeu na escola que é correto (...) porque aqui você não está visando o lucro (...) nem a questão comercial.” (F4)

Formação dos farmacêuticos

Durante a graduação, a maioria dos farmacêuticos realizou estágios em farmácias privadas, em farmácia escola, e no próprio setor público. Dois participaram do Diretório Acadêmico, outros dois foram bolsistas de iniciação científica e, três foram monitores. Nenhum dos farmacêuticos gerentes teve experiência com o IR.

De modo geral, os profissionais passaram pelos estágios, no nono período da graduação sendo este uma atividade obrigatória. Dessa maneira, criticaram a formação acadêmica pela pouca oferta de atividades práticas e por não estimular nem propiciar a vivência do aluno com o Sistema e com o paciente. Ressaltaram que, ao entrar para o Sistema, não se sentiam seguros e tampouco preparados para trabalharem no SUS e apontaram existir um descompasso entre a demanda do Serviço e a formação do profissional.

“Eu acho que de uma forma geral, mesmo hoje, as profissões (...) não são muito bem formadas para o público, e quando são, é muito de forma conceitual. (...) acho que tinha que ter uma visão mais da realidade, da prática mesmo...” (F2)

Paixão (1979) já chamava a atenção para este distanciamento entre a faculdade e a realidade da população e via nisso uma falha da formação do profissional. Este mesmo cenário foi apontado em outros estudos recentes que mostraram a dificuldade do profissional, logo depois de inserido no mercado de trabalho, em executar o efetivo exercício da profissão devido à falta de prática (Oliveira, 2004; Teixeira & Gomes, 2004; Araújo, 2006). Além disso, os resultados de um estudo realizado com os estudantes de farmácia da Universidade

Federal de Minas Gerais (UFMG) que participaram do internato rural demonstraram que, independente de estarem inseridos no mercado, a consciência dessa necessidade de se vivenciar a prática, e o desejo por uma carga horária maior de estágios desde a época da graduação tem se tornado a bandeira de luta dos estudantes (Saturnino et al., no prelo).

Nesse sentido, a valorização da atividade prática para a formação do profissional é percebida como meio de integração dos conhecimentos teóricos, visto em sala de aula, e vivenciados na rotina da atividade profissional, contribuindo para o senso de competência profissional, e como a oportunidade do futuro egresso conhecer melhor a profissão (Teixeira & Gomes, 2004; Feuerwerker 2007).

Observamos que estes resultados são decorrentes da não ruptura do currículo mínimo de 1969, estritamente tecnicista, que não englobava a formação voltada para o medicamento nem para o Sistema de saúde pública. Dessa forma, e potencializando a falta de prática citada anteriormente, os profissionais relataram que tiveram diversas dificuldades relacionadas com a organização do SUS e em desenvolver a assistência farmacêutica. Ciente disso, a Secretaria Municipal de Saúde, junto da Universidade Federal de Minas Gerais, promoveram dois cursos voltados para todos os nove profissionais. O primeiro foi em 1994 e teve duração de um ano e abordou a assistência farmacêutica. O segundo, com início em 1998 foi uma especialização em saúde pública, durante dois anos, onde se tratou mais propriamente do SUS. Além destes, seis farmacêuticos buscaram outros cursos para subsidiá-los em suas tarefas cotidianas como o curso de especialização em farmacologia, capacitação gerencial, e mestrado.

Neste contexto de formação tecnicista as sugestões de disciplinas a serem inseridas no currículo de farmácia, na opinião dos profissionais, foram coerentes com suas dificuldades como a farmacologia clínica, gestão e o estágio.

Nagasaki (2002) e Netto (2002) em seus trabalhos com os farmacêuticos das farmácias de Londrina demonstraram o mesmo resultado em relação à necessidade de se inserir disciplinas específicas no Curso de farmácia para ajudar no desenvolvimento das atividades no serviço. A maioria dos entrevistados (60%) sugeriu “Clínica”, e cerca de 10% propuseram disciplinas relacionadas com administração de empresas, gestão e marketing.

Apesar dos gerentes não terem passado pela experiência de internato rural, eles conheceram a disciplina por meio dos estagiários, o que os levaram a acreditar que esta atividade pode sensibilizar o aluno para o SUS. Dessa forma, a atividade foi considerada importante devendo ser incorporada no currículo do Curso de Farmácia, como disciplina obrigatória .

“Eu já tive estagiário aqui que fez o internato rural (...) Eu acho fantástico! (...) pensei que eu podia ter tido a oportunidade de ter feito, eu queria ter feito! Os relatos deles foram de (...) muito aprendizado.” (F7)

“... os estagiários que eu recebia (...) vinham com uma visão assim completamente diferenciada (...) eles tinham assim uma visão para SUS muito maior, uma experiência que acrescentava na farmácia distrital. (...) o IR despertava neles o gostar, o desejo de trabalhar para o SUS, despertava neles a importância do farmacêutico para o SUS, para assistência farmacêutica do SUS (...). É uma excelente saída para resolver essa deficiência do currículo.” (F5)

O discurso dos alunos que fizeram o internato rural reforçou a percepção dos farmacêuticos gerentes quanto à contribuição do internato para a formação. Os alunos relataram que o primeiro contato com o serviço, proporciona a sensação de se sentirem co-responsáveis como sujeito inserido no Sistema. Além disso, favorece o conhecimento de outras áreas de atuação do profissional (Saturnino et al., no prelo).

As disciplinas que ensinam o profissional a entender o indivíduo em seu contexto social podem contribuir para o profissional lidar melhor com o usuário. Dessa forma as disciplinas dos cursos das Ciências Sociais e a própria Atenção Farmacêutica, também foram citadas como importantes. Porém, não se observou tanta relevância nos discursos quando comparada às demais, devido ao excessivo envolvimento dos farmacêuticos nas atividades administrativas e muito pouco contato com o paciente. Eles acreditam que este tipo de ensino servirá para as futuras demandas do profissional.

Cientes das características burocráticas inerentes ao ciclo da assistência farmacêutica de multiprofissionalidade, logística, administração e organização do medicamento, alguns trabalhos têm reforçado a necessidade do farmacêutico aprender, principalmente, gerir pessoas para que haja redistribuição de função e atividade. Acredita-se que dessa forma os profissionais gastariam menos tempo fazendo tarefas, muitas vezes, inespecíficas podendo voltar um pouco seu foco para o usuário (Peretta & Ciccía, 1998 e Netto et al., 2002).

Nesta mesma perspectiva de aproximação do usuário, Ferraes & Cordoni Junior (2003) destacam a atenção farmacêutica como estratégia fundamental e complementar na formação do farmacêutico. Para eles a orientação quanto ao uso irracional do medicamento, assim como o acompanhamento farmacoterapêutico do usuário, são necessários para a racionalidade dos custos da saúde pública e, principalmente, para a diminuição dos problemas relacionados aos mesmos, que muitas vezes, são evitáveis.

Atividades do farmacêutico no SUS

Desde a convocação pela prefeitura, em 1993 e 1994, os profissionais, estão responsáveis, com exceção da compra, por todo o ciclo da assistência farmacêutica do Distrito sanitário. Entre as suas atividades, o processo centrado na gestão do medicamento aparece de forma mais evidente e como atividade que os toma mais tempo. Os gerentes têm pouco contato com o paciente e a dispensação é realizada por técnicos de enfermagem e auxiliares dos centros de saúde. A interação do farmacêutico com os demais profissionais, não é sistematizada, ocorre ocasionalmente e está sempre vinculada a algum tipo de treinamento, reunião ou para o esclarecimento de dúvidas quanto à prescrição ou quanto ao próprio medicamento.

Segundo Dupim (1998) a assistência farmacêutica corresponde a um ciclo de atividades multidisciplinares relacionadas ao medicamento e a seu usuário. Ela compreende a pesquisa, o desenvolvimento, a produção, bem como a sua seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação e orientação ao usuário. Além disso, a assistência farmacêutica deve ser entendida como a política norteadora para a formulação de outras políticas setoriais (CONASS, 2004). Neste sentido, o profissional farmacêutico deve ser, além de um profissional da saúde coletiva, um gestor de pessoas e do medicamento para alcançar a organização e eficiência nos serviços farmacêuticos.

No entanto, do ponto de vista da ampla concepção da assistência farmacêutica podemos notar que a realidade desta prática ainda é desenvolvida de forma muito fragmentada e que por diversos motivos estes profissionais não conseguem desenvolvê-la como o idealizado.

Dificuldades do trabalho no sistema

Além das limitações provenientes da formação inadequada para o novo perfil, as dificuldades para se trabalhar no SUS modificaram-se ao longo do tempo e foram percebidas pelos farmacêuticos como resultado de muitas conquistas e grandes avanços. A falta de infraestrutura que era o grande problema no início da carreira, hoje, foi substituída pela falta de recursos humanos qualificados e, principalmente, o profissional farmacêutico no Sistema. Em um trabalho sobre as representações sociais dos profissionais de saúde, no Rio de Janeiro, também foi demonstrado que as principais características e dificuldades do Sistema de saúde são, entre outros, a falta de qualificação dos profissionais acompanhada de um conhecimento fragmentado dos princípios que regem o SUS (Oliveira et al, 2008). Um outro aspecto mencionado foi a baixa resolutividade da Secretaria Municipal de Saúde apontada como

barreira para o desenvolvimento das atividades no SUS e, às vezes, como fator desestimulante para os profissionais.

“... quando eu comecei a trabalhar era essa questão da falta de infra-estrutura (...) e a questão do abastecimento muito irregular. Isso já melhorou (...) já tivemos épocas muito mais complicadas e eu acho que isso evoluiu muito.” (F2)

“A maior dificuldade que eu senti foi em relação à infra-estrutura que eu achei precária. (...) Tem melhorado! (...) a Política de medicamentos de uma forma geral, têm melhorado, as pessoas tem voltado um olhar para assistência farmacêutica.” (F7)

“eu acho que tenho mais dificuldades é dessas regras que a secretaria às vezes demora pra colocar (...) a secretaria é lenta em nos dar essa resposta porque pensa muito politicamente (...) Isso atrasa e desestimula muito a gente.” (F6)

Esta falta do profissional farmacêutico no Sistema é, sobretudo, conseqüência da falta de recursos e incentivos por parte do governo federal para o desenvolvimento, contratação e estruturação da assistência farmacêutica (Brasil, 2007; Oliveira et al, 2008). A escassez do farmacêutico no SUS tem sido uma realidade brasileira desde a implantação da Política Nacional de Medicamentos, em 1998. Oliveira et al. (2008) chamam a atenção que esta escassez proporciona à simples “entrega” do medicamento sem oferecer nenhum tipo de orientação e/ou esclarecimento aos usuários como foi também observado nas farmácias distritais (Oliveira et al., 2002).

O outro tipo de dificuldade que os profissionais relataram, caracterizada como um problema emergente de saúde pública são ações judiciais – liminares – acerca dos medicamentos. Com bases legais na Constituição que estabelece “saúde é um direito de todos e dever do Estado”, e ainda, na Lei Orgânica da Saúde, das atribuições do SUS, que determina que o Sistema é responsável pela “assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica”, instala-se, desde 1990 pelos portadores de HIV, a corrida ao judiciário da cura pela lei.

Existem basicamente dois tipos de demandas judiciais neste aspecto: a primeira delas o cidadão reivindica os medicamentos relacionados nas listas do Ministério da Saúde, e a segunda, os que não se encontram relacionados. O primeiro tipo de demanda, onde geralmente se encontra o maior percentual de ações judiciais, pode ser desencadeado por influências de laboratórios farmacêuticos, ou por medo futuro de desabastecimento. Já a segunda ordem do problema, que são as demandas fora das listas dos medicamentos, inclusive dos excepcionais, podem estar relacionadas ao freqüente lançamento de novas drogas de alta tecnologia, na maioria das vezes caríssimas, que chegam ao mercado (Amaro, 2007).

O perigo dessas ações judiciais, percebidas na prática dos farmacêuticos, está na não racionalidade das prescrições acompanhada da falta do julgamento técnico da adequação da

enfermidade frente ao melhor e mais efetivo tratamento. Observa-se um dispêndio de recursos em solicitações nem sempre justificáveis e muitas vezes em duplicata (níveis municipal e estadual), contribuindo para o uso irracional de medicamentos e comprometendo o fluxo financeiro do Sistema, sobretudo, o custeio da assistência farmacêutica (Oliveira et al., 2007).

Segundo a Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, em 2007 foram realizados 850 atendimentos / mês de mandatos judiciais, 10.170 dispensações, gerando um gasto de R\$ 1.900.000,00 em medicamentos, o que equivale a 10% da verba total disponível para o município. De acordo com os dados, a ordem dos gastos com as liminares foram em grande parte com a compra de medicamentos padronizados, medicamentos excepcionais, medicamentos com nenhuma relevância para a saúde pública, e todos os tipos existentes de insulina, inclusive, inalada (Val, 2007).

Algumas medidas vêm tentando melhorar ou reverter esse quadro, porém ainda estão muito tímidas perto do caos que se instalou com as “prescrições por liminar”. Enquanto isso, os farmacêuticos não têm outra alternativa a não ser continuar cumprindo com os curtos prazos, perdendo tempo, e verba com estes processos que, muitas vezes, são injustos e incoerentes.

Todos os farmacêuticos relataram gostar muito de trabalhar no SUS e que se sentem realizados com a profissão. Relacionaram esta satisfação com o avanço assistido e realizado pelas distritais dentro do SUS. Nessa mesma perspectiva de construção e realizações, os farmacêuticos vêm uma ótima perspectiva para a profissão relacionada, principalmente, a inserção na atenção básica e na equipe do PSF.

“Em termos da consciência da profissão, do que ela pode fazer, eu acho que já avançou muito (...) ainda falta à questão do farmacêutico inserido no Sistema de saúde (...) a farmácia ainda é muito deslocada do serviço (...) mas vejo um mundo de possibilidades.”
(F9)

Considerações finais

A assistência farmacêutica apresentou avanços significativos, especialmente após a publicação da Política Nacional de Medicamentos que, efetivamente, deu início a sua reorientação, assumindo assim um papel relevante no processo de construção do SUS. Apesar destes avanços, os resultados obtidos neste trabalho ainda apontam para uma assistência farmacêutica fragmentada e desorganizada, espelhando não só os problemas do município de Belo Horizonte como também a realidade nacional.

Entre os fatores que contribuem para esta fragmentação vale ressaltar: 1) a falta de financiamento e a conseqüente ausência do profissional farmacêutico qualificado no SUS

acarretando a não execução da assistência; 2) a formação inadequada do profissional, voltada para o modelo tecnicista e distante da realidade do Sistema de Saúde, fazendo com que o mesmo tenha dificuldades para ser gestor do medicamento; e 3) a grande quantidade de programas do Ministério da Saúde favorecendo a pulverização de ações, dificultando a atuação do farmacêutico e contribuindo ainda mais para a fragmentação da assistência (Gomes, 2006).

Na tentativa de reverter tal quadro iniciativas nas três esferas de governo têm sido adotadas. No nível federal, a Gerência Técnica de Assistência Farmacêutica que compõe o Departamento de Atenção Básica (DAB) realizou a reorientação da assistência farmacêutica usando como estratégia a qualificação de gestores e profissionais de saúde (Gomes, 2006; Ministério da Saúde, 2006). No nível municipal, e tratando aqui do município de Belo Horizonte, observou-se o mesmo investimento da Secretaria Municipal de Saúde. Nota-se, no entanto, que estes tipos de estratégias, apesar de alguns avanços como a Conferência Nacional de Saúde, ainda são tímidas para a efetiva implantação da assistência diante de todos os demais obstáculos a serem vencidos.

Nesta perspectiva e pensando no medicamento como insumo estratégico de suporte às ações de saúde, cuja falta pode afetar a qualidade de vida dos usuários e do próprio SUS, torna-se necessário a aliança de várias frentes governamentais como Ministério da Saúde, Ministério da Educação, Ministério da Ciência e Tecnologia, entre outros, para se refletir na complexidade do problema.

Referência Bibliográfica

Amaro, A. V. *SEMINÁRIO MEDICAMENTOS: POLÍTICAS PÚBLICAS E JUDICIALIZAÇÃO*. Associação dos Juizes do Rio Grande do Sul – AJURIS. , 2007.

ARAÚJO, A. L.A; FREITAS, O. Concepções do profissional farmacêutico sobre a assistência farmacêutica na unidade básica de saúde: dificuldades e elementos para a mudança. *Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas*. Ribeirão Preto, vol.42, nº 1, jan./mar.,2006, p 137-146.

Brasil. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; 19 set.

Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS. Assistência Farmacêutica no SUS. In: Para entender a gestão do SUS. Coleção Progestores. CD Rom. Brasília. 2007.

Dupim, J.A. *Assistência Farmacêutica um modelo de organização*. Belo Horizonte: SEGRAC. 1999. 79p.

Ferraes, A.M.B. & Cordoni Jr, L. Medicamento, Farmácia, Farmacêutico e o Usuário: novo século, novas demandas. *Rev. Espaço para Saúde*. Universidade Estadual de Londrina:

Centro de Ciências da saúde. 2003. Disponível em:

<http://www.ccs.uel.br/espacoparasaude/v4n1/doc/farmacia.htm> . Acesso em: agosto de 2007.

Feuerwerker L.C.M. *Estratégias atuais para a mudança na graduação das profissões da saúde*. Fórum Nacional de Educação das Profissões na Área da Saúde – FNEPAS. 2007.

Disponível em: <http://www.fnepas.org.br/publicacoes.htm>. Acesso em setembro de 2007.

Gomes, C.A.P. *A Assistência Farmacêutica no Brasil: Análise e Perspectivas*. Seminário “Formação de Recursos Humanos para Ciência, Tecnologia e Inovação: Perspectivas e Necessidades da Área de Medicamentos” . Centro de Gestão e Estudos Estratégicos – CGEE. 2006.

Minayo M.C.S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 6 ed. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1999. 269p.

Ministério da Educação – MEC. Resolução 02 de 19 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre as Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Farmácia e Odontologia. *Diário Oficial da União*. Brasília, 2002.

Ministério da Saúde. Portaria nº 3.916/MS/GM, de 30 de outubro de 1998. Aprova a *Política nacional de medicamentos*. Ministério da Saúde/Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

Ministério da Saúde. Resolução CNS n. 338, de 06 de maio de 2004. Aprova a *Política Nacional de Assistência Farmacêutica*. Diário Oficial da Republica Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 2004.

Ministério da Saúde. *Aquisição de Medicamentos para assistência farmacêutica no SUS: orientações básicas*. Departamento de Assistência Farmacêutica e insumos estratégicos. Brasília – DF. 2006. 47p.

Ministério da Saúde. Portaria GM nº 204 de 29 de janeiro de 2007. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. Brasília, 2007.

Nagasaki, E. et al. Avaliação da formação acadêmica dos farmacêuticos atuantes em farmácias de Londrina – PR. *Infarma*, Brasília, Ano III, v.14, nº 09/10, p.54-55, set/out 2002.

Netto, J. R. S. et al. Características da prática farmacêutica em farmácias de Londrina – PR. *Infarma*, Brasília, Ano III, v.14, nº 11/12, p.53-54, nov/dez 2002.

Oliveira, M. J. L. *ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA: a percepção dos gestores e profissionais de saúde em São Luiz (MA)*. [Dissertação de Mestrado]. Porto Alegre: 2004. 78p.

Oliveira, E.A.; Labra, M. E.; Bermudez, J. A produção pública de medicamentos no Brasil: uma visão geral. *Rev. Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro. 22(11): p. 2379-2389. 2006.

Oliveira M.A., Bermudez J.A.Z., Osorio-de-Castro C.G.S. *Assistência Farmacêutica e Acesso a medicamentos*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007. 112p.

Oliveira, Denize Cristina. et al. A política pública de saúde brasileira: representações e memória social de profissionais. *Rev. Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 24(1), 2008. p. 197-206.

Paixão, H. H. *A odontologia sob o capital: o mercado de trabalho e a formação do cirurgião dentista*. [Dissertação de Mestrado]. Belo Horizonte. 1979.

Pereira, A.B.; Internato Rural de farmácia da Faculdade de Farmácia. In: *(Re)conhecer diferenças, construir resultados*. Brasília: UNESCO, 2004, 576p.

Peretta, M. & Ciccía, G. *Reingeniería de la práctica farmacéutica: guía para implementar atención farmacéutica en la farmacia*. Buenos Aires: Panamericana, 1998.

Perini, E. Assistência Farmacêutica: fundamentos teóricos e conceituais. In: Acúrcio, FA organizadores. *Medicamentos e Assistência Farmacêutica*. Belo Horizonte: COOPMED, 2003. p. 9-30.

Prefeitura Municipal de Belo Horizonte – PBH. *Distritos Sanitários*. Belo Horizonte: PBH. 2006. [capturado 19 jun. 2006]. Acesso em 19 de junho de 2006. Disponível em: http://portal1.pbh.gov.br/pbh/index.html?id_conteudo=4338&id_nivel1=-1

Rodrigues MM & Reis SMAS. O Ensino Superior e a formação de recursos humanos em áreas da saúde: os desafios e tendências atuais da integração e da interdisciplinaridade. *Rev Brasileira de Educação*, 2006.

Saturnino, L.T.M et al. O Internato Rural na formação do profissional farmacêutico para a atuação no Sistema Único de Saúde. *Rev. Ciência e Saúde Coletiva*. No prelo. 2008.

Teixeira MAP & Gomes WB. Estou me formando... e agora?: Reflexões e perspectivas de jovens formandos universitários. *Rev. bras. orientação profissional*, jun. 2004, vol.5, n1, p.47-62.

Vasconcelos, C.M.; Pashe, D.F. O Sistema Único de Saúde. In: Campos, G.W.S. et al. *Tratado de Saúde Coletiva*. Ed. FIOCRUZ. Rio de Janeiro, 2006. p. 531-562.

Val, V. C. Dados da secretaria municipal da saúde referente ao ano de 2007 sobre as liminares dos medicamentos. [coletado 20 dez. 2007]. Belo Horizonte, 2007.

VI CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os dados obtidos no presente trabalho permitem apontar considerações que não têm intenção de esgotar o assunto, mas vislumbram o despertar para novas possibilidades e caminhos para a formação do profissional farmacêutico.

Os alunos foram e voltaram do IR com pouco conhecimento **teórico** sobre o SUS e sobre a assistência farmacêutica. Entretanto, ao analisarmos os discursos posteriores à realização do IR tivemos oportunidade de notar o quanto esta vivência agregou conhecimentos técnicos e, principalmente, crescimento pessoal aos estudantes. A atividade foi percebida como um momento único para se colocar em prática toda a teoria vista na sala de aula e para ter o primeiro contato com o paciente. Dessa maneira, torna-se uma oportunidade de transição entre a despreocupação do adolescente para um mundo de responsabilidades do profissional.

Os alunos clamaram pelo curto tempo de prática do IR, e que este não é suficiente para sanar as lacunas deixadas na graduação, muito menos para permitir a ruptura do modelo de ensino teórico ao qual foram submetidos na formação acadêmica. Além disso, apontaram que faltam disciplinas, após o internato, que contextualizem a prática vivenciada com toda a teoria dada.

Neste sentido, não podemos deixar de considerar que apesar de todas as contribuições do IR já constatadas pelo próprio corpo docente da Faculdade de Farmácia, ele permanece como disciplina optativa, com apenas um orientador e, infelizmente, ainda não se tornou uma proposta institucional da Faculdade. Atualmente a disciplina está inserida no departamento de produtos farmacêuticos e a falta de incentivo, de verba e de professores empenhados não só no desenvolvimento do IR, como nos demais conteúdos relacionados à saúde pública, faz com que estes “assuntos” sejam marginalizados dentro da própria universidade pública.

Dessa maneira algumas reflexões devem ser feitas quanto a possibilidade de reestruturação do programa de IR, pois desde sua criação o programa tem este formato característico de uma “atividade voluntária” dentro da faculdade. Na opinião dos dois coordenadores do internato, deve-se (re)pensá-lo, não mais como um pequeno projeto de organização da assistência farmacêutica de um município, mas como uma estratégia para a formação do profissional para o SUS.

Segundo os farmacêuticos entrevistados para uma assistência farmacêutica de qualidade é necessário mudanças do tipo legais, estruturais e, inclusive, na formação do profissional. Quanto aos primeiros aspectos, os farmacêuticos acreditam que é necessário

rever a lesão do SUS devido à suas lacunas que ocasionam o uso, muitas vezes, abusivo do dinheiro público como é o caso das liminares e do uso indiscriminado dos medicamentos. Estes problemas se potencializam ao pensarmos na realidade encontrada no Sistema da fragmentação da assistência farmacêutica e, principalmente, da falta de recursos humanos qualificados como possível antagonista desta situação.

Mesmo diante das alterações curriculares, favoráveis ao SUS, propostas desde 2002 pelas Diretrizes Curriculares, os farmacêuticos reforçaram a necessidade de se inserir no currículo do curso de farmácia disciplinas como: estágios, ciências sociais, atenção farmacêutica e gestão. Embora não tenham passado pela disciplina IR, eles apontaram a atividade como algo extremamente valioso para a formação e como uma oportunidade de se criar um ambiente onde se possa aprender toda a complexidade do Sistema. Além disso, por trazerem uma experiência de muita conquista, os farmacêuticos apontaram o SUS como um promissor empregador para os futuros profissionais enfatizando, assim, o mérito do IR.

A ruptura do paradigma tecnicista tanto da formação quanto da profissão farmacêutica tornou-se um “movimento” em busca da sua identidade como profissional da saúde. Apesar de muito insipiente no país, esta reorganização de papéis tem alterado não só as políticas de saúde como também o próprio ensino de farmácia. Dessa maneira, todas as iniciativas seja dos Ministérios da Saúde e Educação, ou de forma mais localizada como foi o foco deste trabalho, têm um importante papel para trazer elementos para a reflexão contribuindo para a construção deste novo modelo de atenção integral à saúde.

VII REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

- Araújo, A.L.A; Freitas, O. Concepções do profissional farmacêutico sobre a assistência farmacêutica na unidade básica de saúde: dificuldades e elementos para a mudança. *Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas*. Ribeirão Preto, vol.42, nº 1, jan./mar.,2006, p 137-146.
- BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Diário Oficial da República. 1988, Brasília, DF. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constitui%C3%A7ao.htm> Acesso em: 10 julho de 2006.
- BRASIL. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990 – Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; 19 set.
- Bunchaft, A.F. & Gondim, S.M.G. Grupos focais na investigação qualitativa da identidade organizacional: exemplo de aplicação. *Rev. Estudos de Psicologia*. PUC-Cmapinas, v. 21, n. 2, maio/agosto 2004. p. 63-77.
- Carlini-Cotrim, B. Qualitative research methods in drug abuse research: discussing the potential use of focus group in Brazil. *Revista de Saúde Pública*. v.30, n.3, p.285-293, 1996.
- Ceccim, R.B. & Feuerwker, L.C.M. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. *Rev. Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, set-out, 2004. p. 1400-1410.
- Ceccim, R. B. Inovação na preparação de profissionais da saúde e a novidade da graduação em saúde coletiva. *Boletim da saúde*. Rio Grande do Sul, v. 16, n.1. 2002. Disponível em: http://www.esp.rs.gov.br/img2/v16n1_03inovacao.pdf
- Cecy, C. Diretrizes Curriculares: mais uma reforma? *Revista Pharmacia Brasileira*, Brasília, Ano III, nº38, p.27, Jul/Ago 2003.
- CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA - CFF, V CONFERÊNCIA NACIONAL DE EDUCAÇÃO FARMACÊUTICA, Campo Grande, 1993.
- CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA - CFF, IV CONFERÊNCIA NACIONAL DE EDUCAÇÃO FARMACÊUTICA, Brasília, 25 a 27 de outubro de 2004.
- COMISSÃO DE ENSINO DO CFF. Ensino Farmacêutico. *Revista Pharmacia Brasileira*, Brasília, Ano III, nº 29, p. 4-7, Nov/Dez 2001.
- Cury, G. C. et al. Avaliação do processo didático-pedagógico do Internato Rural – IR: construção de um modelo para avaliação de experiências de integração universidade-serviço de saúde. In: (Re)conhecer diferenças, construir resultados. Brasília: UNESCO, 2004, p. 19-28.
- Debus, M. *Handbook for excellence in the investigation through focal groups*. Washington, D.C, HealthCom. 1994, 97p.

Estefan, I. J.S. O ensino de Farmácia. *Rev. Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 1986. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1986000400011&lng=es&nrm=iso&tlng=pt > acesso em: 9 julho 2006.

FAZENDA, I. C. A. *Integração e interdisciplinaridade no ensino brasileiro*. São Paulo: Loyola, 1979.

FEDERAÇÃO NACIONAL DOS FARMACÊUTICOS- FENAFAR. *Educação na Saúde*. Disponível em: < <http://www.fenafar.org.br/docs/cns.doc> > Acesso em: 10 julho de 2006.

FEDERAÇÃO NACIONAL DOS FARMACÊUTICOS- FENAFAR. *Reforma no Ensino*. Disponível em: < <http://www.fenafar.org.br/telas/profi/reforens/int.asp> > Acesso em: 19 julho 2006.

Feuerwerker, L.C.M. *Estratégias atuais para a mudança na graduação das profissões da saúde*. Fórum Nacional de Educação das Profissões na Área da Saúde – FNEPAS. 2007. Disponível em: <http://www.fnepas.org.br/publicacoes.htm>. Acesso em setembro de 2007.

Gil, A. C. *Como classificar as pesquisas?* In: _____. *Como elaborar projetos de pesquisa*. 4ed. São Paulo: Atlas, 2002, cap.4, p.41-57.

Hepler, Ch., Strand, L.M. *Oportunities and Responsibilities in Pharmaceutical Care*. *Am J Hosp Pharm*, 1990; p.47 e 533-543.

Lara, M.A.; Acevedo, M.; Berezon, S. Female depression viewed from women's subjectivity. *Rev. Cadernos de Saúde Pública*, v. 20, n.3, p.818-828, 2004.

Leonello, V. M.; L'Abbate, S. *Educação em saúde na escola: uma abordagem do currículo e da percepção de alunos de graduação em pedagogia*. *Interface (Botucatu)*, Jun 2006, vol.10, no.19, p.149-166.

Martínez, F.J.M.; Ibarra, E.H. Chronic illnesses from the perspective of patients and health professionals: a qualitative study in México. *Rev. Cadernos de Saúde Pública*, v.23, n.9, p.2178-2186, 2007.

Miguélez, M.M; *Los Grupos Focales de Discusión como Método de Investigación*. Universidad de Simón Bolívar, 2006. Disponible em: <<http://prof.usb.ve/miguelm/gruposfocales.html>> Acesso em: outubro de 2006.

Mimayo, M.C., (org.) ,1995. *Os Muitos Brasis: Saúde e população na década de 80*. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec.

Minayo, M.C.S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 6ª ed. São Paulo: Hucitec, 1999, 269p.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. Resolução nº 2 de fevereiro de 2002, *Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Farmácia e Odontologia*, Brasília, DF. 2002. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES1300.pdf> > Acesso em abril de 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Documento Final da Comissão de Avaliação da Atenção Básica. Brasília, p. 7-8, out 2003. Disponível em:
<<http://dtr2002.saude.gov.br/caadab/arquivos/Documento%20revisado%20em%2022%20de%20out.pdf>> Acesso em 25 de julho de 2006.

Moreira, Simone da Nóbrega Tomaz et al. *Motivations for career-choice and experiences of the academic day-to-day life of medical students*. Rev. bras. educ. med., Rio de Janeiro, v. 30, n. 2, 2006.

Nogueira-Martins, M. C. F. & Bógus, C. M. *Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde*. Saúde e Sociedade, 13(3), 44 - 57. 2004.

Pedrosa, J. I. S.; Teles, J.B.M. Agreements and disagreements in the Family Health Care Program team. *Revista de Saúde Pública*, v.35, n.3, p.303-311, 2001.

Pereira, A.B.; *Internato Rural de farmácia da Faculdade de Farmácia*. In: (Re)conhecer diferenças, construir resultados. Brasília: UNESCO, 2004, 576p.

Pereira, A.B. Apostila para o curso teórico do Internato Rural de farmácia da Faculdade de Farmácia. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais. UFMG, 2007.

Pimentel, A. O Método da análise documental: seu uso numa pesquisa historiográfica. *Cadernos de Pesquisa*, nº 114, p. 179-195, novembro/ 2001.

Ressel, L.B.; Gualda, D.M.R.; González, R.M.B. Grupo Focal como uma estratégia para coletar dados de pesquisa em enfermagem. *International Journal of Quantitative Methods*, v.1, n.2, 2002.

Rodrigues, M.M. & Reis, S.M.A.S. O Ensino Superior e a formação de recursos humanos em áreas da saúde: os desafios e tendências atuais da integração e da interdisciplinaridade. *Rev Brasileira de Educação*, 2006.

Santos, M. R.. *Do boticário ao bioquímico: as transformações ocorridas com a profissão farmacêutica no Brasil*, 1993, 175p. Rio de Janeiro. Dissertação de mestrado em Saúde Pública. ENSP / FIOCRUZ. Rio de Janeiro, 1993.

Santos, M. R. C. *Profissão farmacêutica no Brasil: História, Ideologia e Ensino*. Ribeirão Preto: Holos. 1999. 170p.

Santos, J.S.. Pequena história de uma grande luta. *Revista Pharmacia Brasileira*, Brasília, Ano X, nº 52, p.7-9, mar/abr 2006.

Silva, E. A. Fora das quatro paredes. *Revista Pharmacia Brasileira*, Brasília, p.10-15, mai/jun 2000. Entrevista concedida a Aloisio Brandão.

VIII ANEXOS

Anexo I

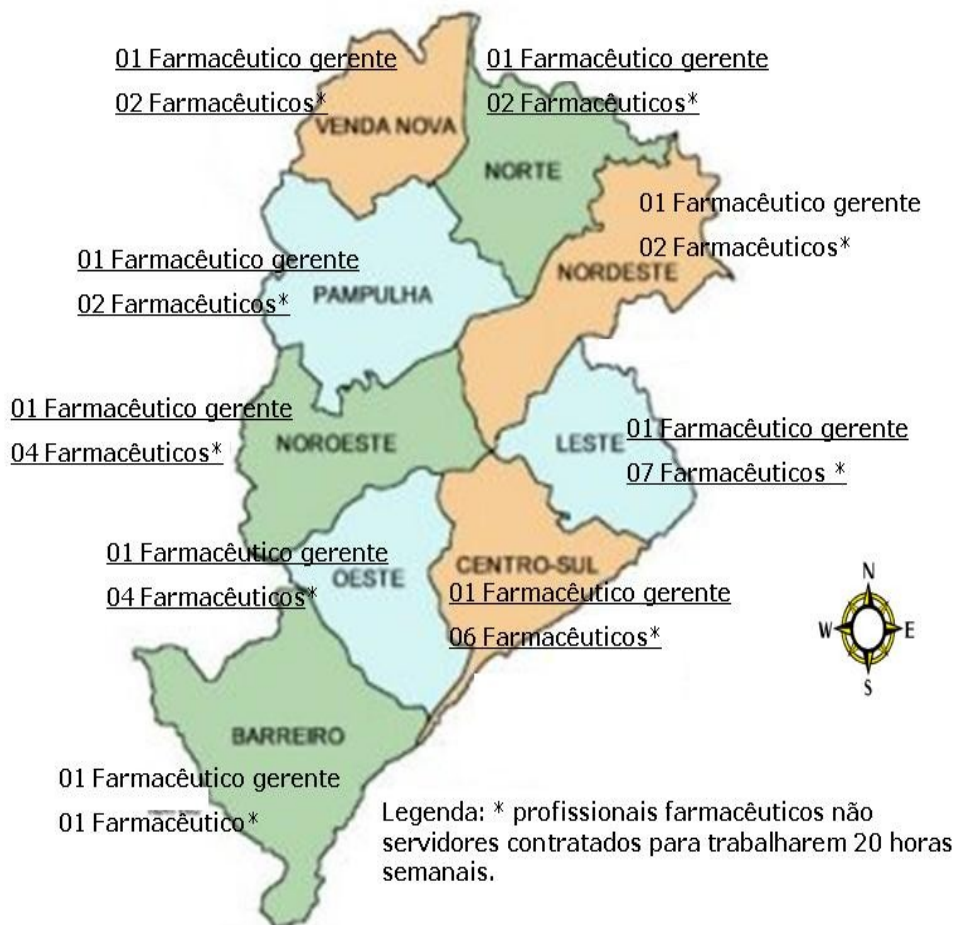
Roteiro para o Grupo Focal com os alunos do Internato Rural

Apresentação dos alunos e qual período estão cursando.

- Por que vocês se interessaram pelo internato rural?
- O que é o SUS?
- Vocês têm conhecimento de quais são as atividades farmacêuticas desenvolvidas no SUS?
- O que é assistência farmacêutica? Observar se aparece o termo atenção farmacêutica!
- Qual a expectativa com o internato rural?
- Vocês pretendem trabalhar no SUS depois de formados? Por quê?

Anexo II

Figura 01 – Distribuição dos 42 profissionais farmacêuticos que integram a rede de assistência farmacêutica do município de Belo Horizonte – MG.



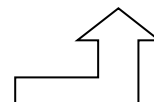
Anexo III

Roteiro da entrevista direcionado aos profissionais farmacêuticos

➤ Informações gerais sobre o profissional

- Formou-se onde e quando?
- Porque escolheu o curso de farmácia?
- Quando ingressou no curso você queria atuar em alguma área específica da farmácia?
- Durante a faculdade você fez estágios? Iniciação científica / Pesquisas?
Como foi essa experiência?
- Você participou do Diretório Acadêmico (DA) ou de algum movimento político?
- Em quais áreas você já trabalhou como profissional farmacêutico?

Observar: quais das diferentes áreas ele estagiou



➤ Atividade profissional no SUS

- Há quanto tempo trabalha no SUS?
- Como foi seu ingresso / interesse nesta área (SUS)?
- Você é responsável para desenvolver quais atividades? Como as desenvolve?

Observar se aparece o termo assistência farmacêutica, atenção farmacêutica, contato com o paciente, gerência.

Se aparecer Assistência Farmacêutica, perguntar o conceito da mesma!

- Qual a maior dificuldade você encontrou para desenvolver suas atividades no SUS?
- Você fez algum curso para melhorar sua atuação nesta área?
- Como é a intersetorialidade aqui? Como ela acontece?
- Como você vê a perspectiva do mercado de trabalho para o farmacêutico no SUS?

Observar: tipo de curso (pós-graduação, extensão) e as áreas: saúde pública, SUS, Assistência Farmacêutica.

➤ Formação acadêmica

- Você se sentia preparado para atuar no SUS quando formou?
- Você acha que a Faculdade de Farmácia prepara os alunos para atuarem no SUS?
- Se pudesse o que você mudaria no seu currículo da faculdade? O que marcou para você como algo desnecessário? Sentiu falta de alguma disciplina ou área de formação? Sugerir as disciplinas das Ciências Sociais e os Estágios.
- Você fez o Internato Rural (IR)?

Observar: se falam em interdisciplinaridade, disciplinas das Ciências sociais, mudança de metodologia, carga horária.

Resposta sim: Como foi a experiência?

Resposta não: Você acredita que uma atividade de IR poderia ajudar mais na formação para o SUS? O que você pensa a respeito da implantação desta “disciplina” no curso de farmácia?

- Com a sua experiência, como você pensa que deveria ser elaborado um currículo que atendesse a essa formação, que sensibilizasse e motivasse o aluno a trabalhar no SUS?
- Você gosta de trabalhar no SUS?
- Já se imaginava trabalhando nesta área?
- Você se sente realizado na profissão?

Anexo IV



Prezado(a) colega Luciana Tarbes Mattana Saturnino,

seu artigo, **O Internato Rural na formação do profissional farmacêutico para a atuação no Sistema Único de Saúde.**, acaba de ser **aprovado** pela Editoria da Revista Ciência & Saúde Coletiva.

Esta mensagem tem a finalidade de lhe pedir consentimento para divulgá-lo na página www.cienciaesaudecoletiva.com.br. Sendo positiva sua aquiescência, por favor preencha o documento abaixo e o devolva imediatamente por correio e assinado com caneta esferográfica azul. Seu artigo será divulgado no prazo de 48 horas após a Editoria da Revista receber sua permissão. Informo-lhe que, uma vez publicado, seu artigo poderá ser, imediatamente, incorporado a seu currículo. Na página onde for divulgado o artigo haverá orientação de como citá-lo. Quando seu artigo for publicado na Revista impressa, imediatamente sairá da página e poderá ser acessado pela base scielo www.scielo.org.

Eu, **Luciana Tarbes Mattana Saturnino**, autor do artigo cujo título é **O Internato Rural na formação do profissional farmacêutico para a atuação no Sistema Único de Saúde.**, recém-aprovado pela Revista *Ciência & Saúde Coletiva*, dou meu consentimento para sua divulgação na página web da referida revista. Igualmente consinto que, caso seja de interesse público, o conteúdo deste artigo seja divulgado para a mídia, contribuindo para a construção de uma ciência que sirva à sociedade.

Data e Local:.....
Nome ou assinatura eletrônica.....

Caso seja negativa sua resposta, por favor, preencha o documento abaixo:

Eu, **Luciana Tarbes Mattana Saturnino**, autor do artigo cujo título é **O Internato Rural na formação do profissional farmacêutico para a atuação no Sistema Único de Saúde.**, recém-aprovado pela Revista *Ciência & Saúde Coletiva*, depois de conhecer as condições de publicação on-line, não consinto que este texto seja divulgado na página web www.cienciaesaudecoletiva.com.br e nem para a mídia.

Data e Local:.....
Nome ou assinatura eletrônica.....

Agradeço-lhe se puder responder com a maior presteza possível a esta mensagem.

Maria Cecília de Souza Minayo
Editora científica da revista *Ciência & Saúde Coletiva*

Revista Ciência & Saúde Coletiva da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Av. Brasil, 4036, sala 700 - Manguinhos - 21040-361 - Rio de Janeiro - RJ
(21) 388-29153 e (21) 2290-4893 - Todos os direitos reservados para ABRASCO.

Desenvolvido por ZANDA Multimeios da Informação.