

Serviços farmacêuticos na Atenção Primária à Saúde (APS) em São Paulo: um estudo de observação participante

Samara Jamile MENDES¹ , Luciano SOARES² , Silvana Nair LEITE² , Sílvia STORPIRTIS¹ 

¹Faculdade de Ciências Farmacêuticas, Universidade de São Paulo. São Paulo SP; ²Departamento de Ciências Farmacêuticas, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina. SC.

Autor correspondente: Mendes SJ, samarajm@gmail.com

Submetido em: 27-06-2022 Reapresentado em: 22-11-2022 Aceito em: 23-11-2022

Revisão por pares: revisores cegos

Resumo

Objetivo: Compreender como acontecem os serviços farmacêuticos, a partir da reflexão sobre os diferentes modelos de Atenção Primária à Saúde. **Método:** O estudo é uma Observação Participante, que utiliza como abordagem a etnografia. A coleta de dados aconteceu em três Unidades Básicas de Saúde (UBS) de três regiões distintas em São Paulo. A indução analítica e a teoria enraizada são as referências norteadoras da análise dos cadernos de campo da Observação Participante. **Resultados:** As categorias conceituais estão agrupadas naquelas que dizem respeito ao próprio farmacêutico, em facilitadores para os serviços, limitadores para os serviços e aspectos que são fundamentais, como a dispensação de medicamentos enquanto um serviço central na APS. Foram observados três modelos de atuação do farmacêutico, sendo que todos os farmacêuticos seguem processos de trabalho muito ligados aos preceitos da APS. As evidências obtidas foram demonstradas em categorias conceituais relacionadas às diferentes perspectivas dos serviços farmacêuticos na APS, o que possibilitou a compreensão de que o farmacêutico é a referência em medicamentos nas unidades de saúde. **Conclusão:** Utilizando da observação participante, foi possível visualizar que os serviços farmacêuticos na APS têm uma tendência de compreender que as pessoas não são iguais, e que é preciso reconhecer as necessidades de saúde e, por conseguinte, sociais para, então, construir resultados em saúde. Porém, pode-se encontrar modelos diferentes de trabalho, que geram concepções de serviços farmacêuticos distintas, relacionadas aos modelos de APS, sendo alguns mais universais e integrais *versus* modelos de cobertura universal, focalizados e seletivos.

Palavras-chave: serviços farmacêuticos, acesso universal à saúde, cobertura universal em saúde, atenção primária à saúde, pesquisa qualitativa.

Pharmaceutical services in Primary Health Care (PHC) in São Paulo: a participant observation study

Abstract

Objective: To understand how pharmaceutical services happen, based on reflection on the different models of Primary Health Care. **Method:** The study is a Participant Observation, which uses ethnography as an approach. Data collection took place in three Primary Healthcare Centers (UBS) in three different regions in São Paulo. Analytical induction and rooted theory are the guiding references for the analysis of Participant Observation field notebooks. **Results:** The conceptual categories are grouped into those related to the pharmacist himself, facilitators for the services, limiters for the services and aspects that are fundamental, such as the dispensing of medicines as a central service in PHC. Three models of the pharmacist's performance were observed, and all pharmacists have work processes linked to PHC precepts. The evidence obtained was demonstrated in conceptual categories related to the different perspectives of pharmaceutical services in PHC, which enabled the understanding that the pharmacist is the reference in medicines in health units. **Conclusion:** Using participant observation, it was possible to visualize that pharmaceutical services in PHC tend to understand that people are not equal, and that it is necessary to recognize health and, therefore, social needs in order to build results in health. However, different models can be found, which generate different pharmaceutical service conceptions related to PHC models, some of which are universal and integral versus models of universal coverage, more focused and selective.

Keywords: pharmaceutical services, universal access to health care services, universal coverage, primary health care, qualitative research.



Introdução

A Atenção Primária à Saúde é um campo promissor de debate e construção para a melhoria das condições de vida das pessoas, mas que atualmente tem sido um espaço de disputas de concepções e modelos, nas quais concorrem propostas de sistemas universais, e outras, de cobertura universal em saúde^{1,2}. Tal como na APS, os serviços farmacêuticos também envolvem a disputa de modelos, entre a clínica e a gestão; entre a atenção especializada e os cuidados primários; entre o trabalho individual e em equipe multiprofissional; entre serviços voltados ao medicamento ou centrado nas pessoas^{3,4}.

Esse é um debate de cunho internacional, em países como Inglaterra e Canadá, o farmacêutico na APS tem um papel clínico, gerente e de cuidador social, figura chave na comunidade em que trabalha^{5,6,7}. Outros destacam a transição dos serviços farmacêuticos para um foco relacionado ao paciente em que o farmacêutico atua em equipe multiprofissional, investindo na formação para a colaboração interprofissional, formas de comunicação e a sua atuação na atenção à saúde^{8,9}.

Ao se afastar da concepção original da Carta de Alma-Ata, os sistemas de saúde vêm apostando em um modelo de APS baseado na cobertura universal de saúde, o que debilita a abordagem integral e reforça a focalização de grupos vulneráveis^{1,10}. Neste modelo, as ações são direcionadas às doenças, e sua resolutividade são médico-centradas e medicalizadoras^{11,12}.

No Brasil, as características dos serviços farmacêuticos são intrinsicamente ligadas a esse contexto da APS, em que políticas públicas farmacêuticas promoveram expressivos avanços, que resultaram na ampliação do acesso a medicamentos por via estatal¹³, e no aprofundamento de diversas atividades desenvolvidas pelo farmacêutico em equipes multiprofissionais¹⁴.

O conceito de serviços farmacêuticos utilizado neste estudo agrega o entendimento de que serviço é trabalho em processo, com uma concepção dinâmica do termo, é trabalho em ação. Diferente de um produto, que resulta do processo, serviço é trabalho acumulado, com características como a intangibilidade, inestocabilidade e a interatividade, pois é condição fundamental para a prestação de qualquer serviço a interação entre prestadores e usuários¹⁵.

Por isso, serviços farmacêuticos são um trabalho em processo, que criam e agregam valor, considerando o processo saúde/doença, a promoção da saúde e a resolutividade associada aos serviços^{16,17}. Esse conceito tem sentido em um modelo atuação que foque no acesso aos medicamentos, considerando-o como política pública estratégica, e a necessidade social de farmacêuticos como profissionais da atenção à saúde, em especial na Atenção Primária à Saúde (APS)¹⁸.

Neste contexto, este estudo tem por objetivo compreender como acontecem os serviços farmacêuticos, a partir da reflexão sobre os diferentes modelos de Atenção Primária à Saúde.

Métodos

Trata-se de um estudo de Observação Participante com abordagem etnográfica, com base nos preceitos de Malinowski, que fundamenta sua descrição na necessidade de bagagem científica do estudioso, dos valores da observação participante,

das técnicas de coleta, ordenação e apresentação do que denomina de evidências. O antropólogo inaugurou um novo estilo de pesquisa pautada em um constante diálogo entre a observação participante e as descrições etnográficas¹⁹.

A etnografia objetiva descrever e analisar uma cultura ou comunidade, em sua totalidade ou parcialmente, suas crenças e práticas, mostrando como as várias partes contribuem para a cultura, enquanto conjunto unificado e consistente²⁰. A pesquisa de campo na Observação Participante é interpretativa ou subjetivista, pois contribuirá na apreensão dos sentidos do objeto. É interpretar mais do que explicar e tenta mostrar quais significações as pessoas que vivem o fenômeno atribuem aos seus atos²¹.

O contexto desse estudo é a APS no Sistema Único de Saúde, sendo o fenômeno em questão os serviços farmacêuticos na APS. O mesmo aconteceu na cidade de São Paulo, que está dividida administrativamente em seis territórios de saúde e tem por volta de 570 farmácias do SUS²². Na APS, há 363 farmacêuticos e 1253 técnicos de farmácia²³.

A coleta de dados aconteceu em três UBS de três regiões distintas. Todas são gerenciadas por Organizações Sociais de Saúde (OSS) e todos os profissionais são terceirizados.

A amostra da observação é do tipo não probabilística ou teórica, constituída como amostra intencional, sendo uma estratégia que possibilita conhecer aspectos gerais do fenômeno estudado, dando acesso ao conhecimento circunstancial da vida social²¹. É determinada pelo problema de pesquisa: escolhe-se um local ou grupo, em função da sua pertinência para esclarecer o melhor possível do fenômeno pesquisado^{20, 21}. A gestão central da Assistência Farmacêutica e Coordenações Regionais de Saúde contribuíram na determinação das UBS, considerando: as inúmeras estâncias de gestão em que a pesquisa precisa passar para ser autorizada; tempo para aprovação; estranheza dos profissionais em participarem de uma pesquisa científica.

No total, tem-se 166 horas de observação, em um espaço de tempo de 1 ano, período compreendido entre outubro de 2017 a novembro de 2018. A coleta foi dividida em 3 ciclos, um por UBS. Neste artigo os ciclos são chamados de caso 1, 2 e 3 e os farmacêuticos de F1, F2 e F3. As informações foram registradas em cadernos de campo seguindo a estrutura: dados brutos (datas, horários); dados das experiências ou notas da observação; impressões e sentimentos pessoais; dados pré-análise ou analíticos²⁴. O estudo de Mendes e colaboradores (2022), foi base na descrição dos serviços farmacêuticos no campo¹⁴.

Nesse estudo o momento de coleta de dados em campo foi estruturado em seis fases: entrar no campo, obter consentimento informado, tornar-se invisível, construir sintonia, decidir o que observar (fases de permanência) e sair do campo²⁴. A entrada em cada unidade ocorreu com características semelhantes. Uma delas foi a estranheza dos informantes sobre ter um pesquisador no ambiente. Na UBS 1, aconteceu uma espécie de calibragem do olhar sobre a pesquisa. Todas as saídas do campo aconteceram no momento da saturação do dado ou sujeição²⁵.

A indução analítica²⁶ e a teoria enraizada²⁰ são as referências norteadoras da análise dos cadernos de campo da Observação Participante. Após a leitura extensiva de cada caderno, os registros foram organizados utilizando o software Atlas.ti 8[®]. Os cadernos de campo foram organizados em 322 trechos/incidentes.



O objetivo da teoria enraizada é a ressignificação teórica e se constitui na formação de conceito, que são a unidade de base da análise. O conceito não designa o próprio incidente, mas o que ele representa, aquilo a que se refere. Um incidente observado pode referir-se a vários conceitos. Os conceitos pertencentes a um mesmo universo são, em seguida, reunidos em uma categoria conceitual²⁰.

Na determinação das categorias conceituais é momento para minimizar as diferenças observadas, de modo a detalhar e consolidar o conteúdo das categorias. Cada novo incidente é comparado ao conteúdo das categorias conceituais já formadas, o que leva ao aprimoramento de suas propriedades ou à criação de outras categorias. Quando qualquer novo incidente não acarretar a reformulação dos conceitos e das categorias, a saturação será atingida²⁰. A figura 1 ilustra o processo descrito acima.

O estudo segue as recomendações internacionais da diretriz SRQR - Standards for Reporting Qualitative Research²⁷.

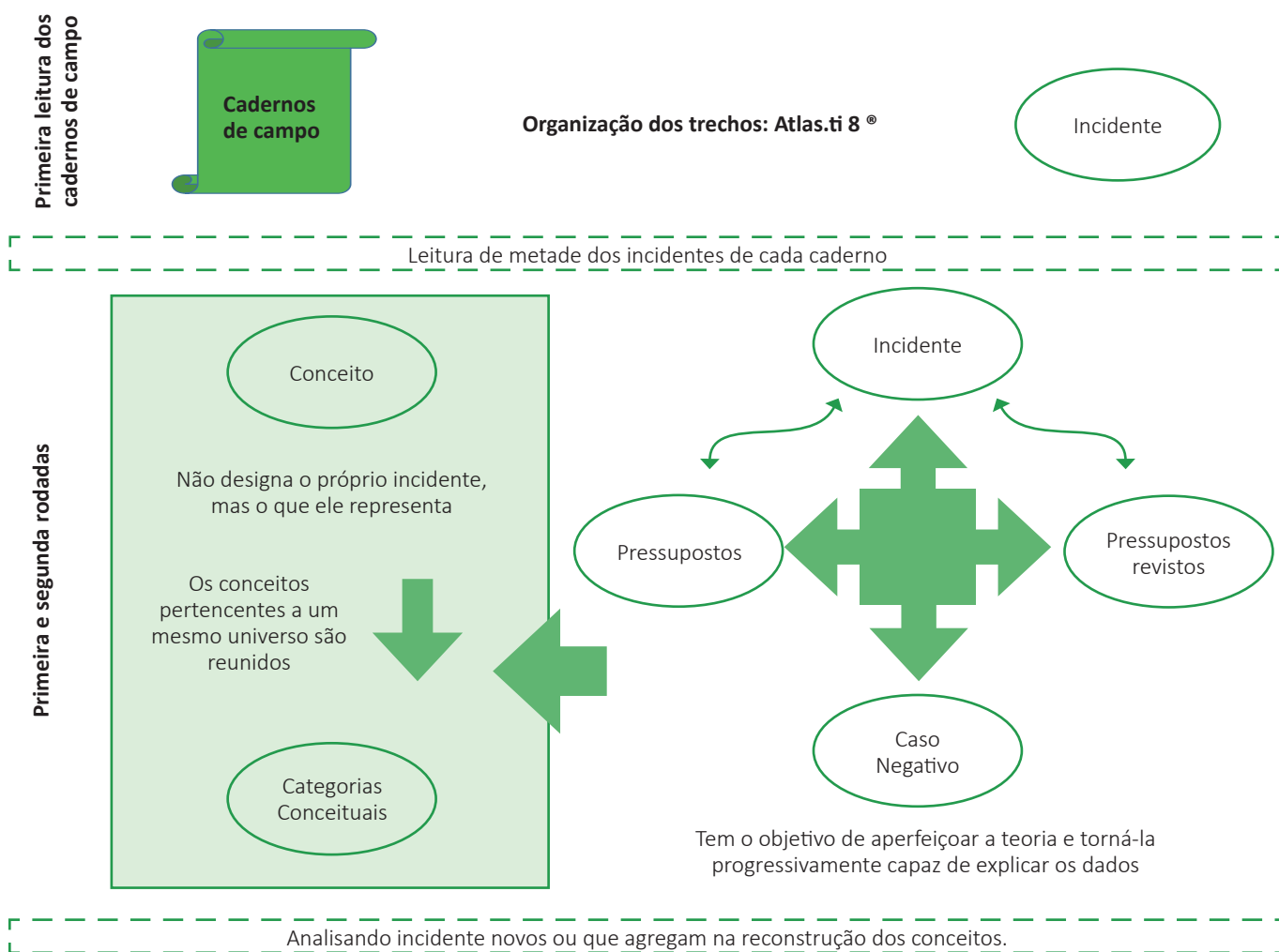
O estudo foi aprovado por dois Comitês de Ética em Pesquisa (CAAE: 54854416.4.0000.0067) e (CAAE: 54854416.4.3001.0086).

Resultados

O caso 1 se deu uma UBS de um bairro com pouco comércio, muitas moradias em casas e algumas escolas. Tem acesso fácil às possibilidades de transporte público. A estação de metrô mais próxima fica a 11 km. A UBS é o único serviço de saúde do bairro, e tem seis Equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF). A farmácia conta com um farmacêutico, três auxiliares e dois técnicos de farmácia. F1 permanece a maior parte do tempo na farmácia, realizando serviços necessários ao gerenciamento, supervisiona a equipe da farmácia e sempre que os demais profissionais da equipe o demandam, faz visitas domiciliares, acompanha o grupo terapêutico de tabagismo e orienta profissionais e pacientes sobre o uso dos medicamentos disponibilizados na UBS.

O caso 2 aconteceu em uma UBS, localizada em um bairro formado por muitos estabelecimentos comerciais. A UBS tem cinco ESF. A farmácia tem um farmacêutico e dois técnicos de farmácia. F2 faz vários serviços, permanece dentro da farmácia em tempo necessário para garantir que os técnicos de farmácia sintam-se respaldados, mas realiza visitas domiciliares sempre que as equipes solicitam em casos como polifarmácia ou em situações com algum problema

Figura 1. Processo de análise dos cadernos de campo utilizando indução analítica²⁶ e da teoria enraizada²⁰



Fonte: Elaborado pelos autores.

relacionado a medicamentos, sempre com solicitações das equipes de saúde da família, realiza grupos terapêuticos próprios como o de auto monitoramento glicêmico (AMG), também auxilia em grupos como o de tabagismo ou com profissionais do NASF.

O caso 3 aconteceu no cenário de uma unidade de saúde diferente das demais, pois integrado a UBS, há um serviço de médico ambulatorial. Essa unidade tem duas equipes de ESF. Na farmácia há um farmacêutico (8h/dia) e quatro técnicos de farmácia (6h/dia). Nesse caso F3 realiza vários serviços clínicos, tem agenda própria na recepção da unidade e rotina semanal com atividades divididas entre o grupo terapêutico de tabagismo, consultas farmacêuticas, dispensação de insumos para o AMG, grupos terapêuticos de alimentação, auriculoterapia e outros que forem necessários. Ele permanece na farmácia somente em um período de trabalho.

Após o percurso de análise, categorias conceituais emergiram da observação participante. Foram organizadas em quatro grupos.

A observação se deu pela soma dos dados coletados nos três serviços de saúde, que tem características diferentes, importantes na representação do significado de serviços farmacêuticos na APS. Os dados não foram analisados de forma separada, ou realizando comparações entre as UBS, mas são a composição do fenômeno observado.

A tabela 1 demonstra as categorias conceituais, formadas pelos conceitos, sendo estes a interpretação do incidente, ou seja, cada trecho dos cadernos de campo.

Tabela 1. Categorias conceituais e trechos dos cadernos de campo (Continua)

Grupo de categorias	Conceito ^a	Trechos dos cadernos	Categorias conceituais ^b
Àqueles que dizem respeito ao próprio farmacêutico	<p>O farmacêutico constrói sua atuação a partir das necessidades em saúde locais, da equipe e isso pode ser dinâmico, pois ele não precisa estar na farmácia todo o tempo do seu trabalho, mas não deixa de supervisionar sua equipe.</p> <p>O farmacêutico é a referência em medicamentos na UBS e tem se tornado essencial para a população</p> <p>Na APS, o significado do profissional que apenas cuida dos medicamentos enquanto fim de seu trabalho se modifica, pois neste espaço o farmacêutico deve ser sensível às necessidades das pessoas</p> <p>As atividades clínicas desenvolvidas pelo farmacêutico podem ser parte integrante dos serviços farmacêuticos, pois o que se destaca não é a clínica em si, é o trabalho na APS no modelo de universalização, considerando as necessidades reais em saúde.</p> <p>A consulta farmacêutica é um espaço onde os farmacêuticos provem serviços clínicos, porém, tem maior potencial de produzir sentido, integrando-se aos demais serviços, quando é realizada a partir das necessidades dos pacientes e da equipe de saúde.</p>	<p>Paciente atendida por telefone na recepção, trazem a dúvida para a farmácia, acho interessante a visão de que a farmácia entende do que se relaciona a medicamentos, e também às tomadas de decisão, e à responsabilidade, o F1 é que tentou no fim resolver a insistência da usuária. (CC 01).</p> <p>F2 também fica na sala do PAMG (Programa de Auto Monitoramento Glicêmico), controle da glicemia, ela ajuda na gestão do estoque dos insumos, mas o principal foco são os pacientes, pois ela consegue ver como estão, eles medem a glicemia na hora e ela já consegue ver (CC 02).</p> <p>Na terça F3 só faz consulta com agenda no SIGA, marcando a cada 30 min. É agendado na recepção e F3 não conhece a maioria das pessoas. Foram encaminhadas pelos médicos, e F3 foi fazendo isso, médico por médico, mas também não entendo que tenha uma vinculação maior com a saúde da família, mas F3 vai tentando fazer um serviço mais clínico (CC 03).</p> <p>A agenda de F2 é no papel, não está no SIGA [sistema de agendamento de atendimentos para todos os profissionais da UBS]. O farmacêutico não pode ficar somente preso ao consultório como os médicos, mas precisa estar inserido na equipe e para isso também precisa sair da proteção da sala chamada "farmácia". Isso não significa que ele não é a autoridade sanitária e técnica sobre os medicamentos (CC 02). Ela desenvolveu um cronograma do PAMG [Programa de Auto Monitoramento Glicêmico], de grupos para diabetes, então o primeiro ela faz com a enfermagem, o segundo com o educador físico, o 3 com a fisioterapia e quarto com nutricionista, também tem programação com a psicologia e dentista. Acredito que nos próximos dias eu verei o grupo com a psicologia, esse é um grupo que foi ideia dela, partiu das análises dos acompanhamentos no PAMG, ela convida os pacientes também por meio dos ACS e faz um trabalho com enfermeiros chefe das equipes (CC 02).</p> <p>F2 agendava conforme conhecia os pacientes e suas necessidades, por meio das dispensações e os encaminhamentos pelos ACS e equipe (médico, enfermeiro). Com F3 aqui, é demanda, a consulta pela consulta, para desafogar a fila, pois nem todos têm algum problema com medicamentos (CC 03).</p> <p>F3 é um excelente clínico, ele faz o que se espera, sai da farmácia, faz outras atividades bem além disso e da tutela do "espaço farmácia", mas é a partir de quais necessidades? (CC 03).</p> <p>A consulta é de retorno. Farma 2 já olha os registros de cada paciente, começa perguntando sobre os medicamentos para dormir, já pega um erro de uso, perguntou sobre o sono, como a paciente está reagindo ao uso do medicamento para dormir, falou da fibromialgia da d. X, ela não usa medicamento para isso (CC 02).</p>	<p>Referem-se ao farmacêutico, como profissional que executa os serviços farmacêuticos e que tem em seu trabalho a centralidade dos serviços na APS.</p>

Tabela 1. Categorias conceituais e trechos dos cadernos de campo (Conclusão)

Grupo de categorias	Conceito ^a	Trechos dos cadernos	Categorias conceituais ^b
Facilitadores para os serviços	<p>Farmácia como espaço construído dentro da UBS, sendo que, para proporcionar um modelo de APS construído para as necessidades em saúde, esse espaço não deve ser apenas um almoxarifado</p> <p>A atuação do técnico de farmácia, profissional que está em processo de formação e qualificação para atuação na APS, o que possibilita dinamismo aos serviços farmacêuticos.</p> <p>A realidade concreta da APS predispõe integração em equipe e em alguns casos os serviços farmacêuticos têm acontecido nessa lógica.</p>	<p>A janela da farmácia fica logo na entrada da UBS, mas a porta interna fica no corredor dos consultórios, o que também facilita a interação com as equipes (CC 02).</p> <p>Ainda sobre os materiais de uso da UBS, também tem 2 prateleiras que estão organizadas em caixas e identificadas com etiquetas bastante detalhadas, do lado tem uma salinha, tipo um almoxarifado extra, onde estão guardados alguns volumes maiores e as fraldas (CC 02).</p> <p>As atividades de descarte, inventário, limpeza e organização, conferência dos medicamentos vencidos, controle de psicotrópicos e abastecimento são atividades de rotina diária semanal, mensal (CC 03).</p> <p>O técnico me parece bem empoderado, ele resolve rapidamente as questões, resolve os problemas da enfermagem, consegue identificar os medicamentos e seus usos, atende ao público sem maiores problemas, os técnicos nas dispensações não vão além das orientações básicas. (CC 02).</p> <p>A tarde estive com F3 também em uma reunião sobre a tuberculose. Na reunião estavam presentes a gerente da UBS, enfermeira, F3 e o psicólogo. Reunião de equipe alinhando as ações e questões, principalmente sobre subnotificações (CC 03).</p>	<p>Todos os aspectos que envolvem esses conceitos são facilitadores dos serviços farmacêuticos na APS, pois constituem possibilidades de fortalecimento e potencialidades constituídas encontradas nos espaços e processos.</p>
Limitadores para os serviços	<p>Há características nos serviços observados, que podem ser atribuídos as diferentes OSS. Entretanto, o que se pode ver é que ao farmacêutico não é conferida muita autonomia.</p>	<p>O F1 fica muito tempo fazendo os serviços para enviar a OSS, assim como preenchendo os relatórios de RH (CC 02).</p> <p>Gestão que dita regras para a dispensação, para como deve ser os serviços de F1, como isso se dá em SP, considerando as diferenças das regiões? o F1 fica nessa relação gestão x paciente (CC 01).</p>	<p>Esta categoria corresponde a aquilo que é impeditivo ao desenvolvimento dos serviços farmacêuticos conforme o que se espera para o modelo de APS a partir das necessidades em saúde e com base em um sistema universal de saúde.</p>
Aspectos que são fundamentais	<p>A dispensação é serviço central na APS. Os serviços de dispensação estão entre os serviços voltados para a atenção à saúde, e podem ser compreendidos dentre as necessidades relacionadas ao uso de medicamentos. É um serviço de conexão entre os vários saberes tão recorrentes na APS, como o vínculo com os pacientes e a continuidade da atenção.</p>	<p>F1 pegou uma prescrição de norfloxacino 6 em 6h, os auxiliares estranharam a posologia, porque geralmente é 12 em 12h. O F1 voltou ao médico para rever, a paciente não entendeu e começou a ficar brava. A prescritora viu o erro e trocou inclusive o tratamento. Quando o F1 voltou para a farmácia, a paciente não entendeu e ficou muito irritada, ameaçou o F1 e a equipe, chamou a polícia. Quando a polícia chegou, a gerente da UBS, o F1, a médica e o gerente clínico da UBS se reuniram.</p> <p>No início da conversa o policial questionou inclusive o fato do F1 não estar obedecendo a ordem médica, ou seja, a polícia civil tem o mesmo imaginário social, de que o médico é o dono dos estabelecimentos de saúde. A mulher levou os medicamentos, mas desestabilizou toda a equipe. A polícia entendeu a situação, de que o F1 estava protegendo a paciente de um possível erro de uso, assim como ele está respaldado a não dispensar em caso de erro de prescrição (CC 01).</p>	<p>Essa categoria corresponde a aspectos que são centrais e fundantes aos serviços farmacêuticos na APS se de fato a construção for pautada na perspectiva das necessidades em saúde com base em um sistema universal de saúde.</p>

a- O conceito não designa o próprio incidente (trecho do CC), mas o que ele representa, aquilo a que se refere (Laperrière, 2014).

b- Categoria conceitual: os conceitos pertencentes ao mesmo universo (Laperrière, 2014).

Discussão

As categorias conceituais ajudaram a compreender as especificidades do fenômeno e tornaram-se evidências das diferentes perspectivas dos serviços farmacêuticos na APS.

Dentre as categorias conceituais há o grupo que diz respeito ao próprio farmacêutico, referindo-se a ele como profissional que executa os serviços farmacêuticos, tendo os nos serviços desenvolvidos na APS como a centralidade do seu trabalho.

No final da década de 1980, no Brasil, o farmacêutico já era reconhecido como o profissional mais capacitado para conduzir

as ações destinadas à melhoria do acesso e à promoção do uso racional dos medicamentos²⁸.

A farmácia vive um momento transitório para a integração dos serviços clínicos e de gestão, de forma que o paciente tenha acesso racional aos medicamentos, usando-os adequadamente. O fazer do farmacêutico divide-se entre ações que possibilitem boas práticas sanitárias sobre os medicamentos, como no caso de aviamentos de prescrições e decisões para garantir o acesso de forma íntegra, sob a égide do direito à saúde²⁹.



Na observação foi possível verificar que os farmacêuticos provêm serviços clínicos, porém, ainda não têm autonomia na equipe de saúde para fazer algumas ações, por exemplo na própria dispensação de medicamentos, como substituições de posologias.

No contexto da APS, muitos serviços clínicos podem ser realizados em conjunto com a equipe multiprofissional, assim como para desenvolver outras possibilidades de acesso e uso de alguns medicamentos, sem estar completamente interligado à prática médica.

No campo observou-se de modo expressivo que a farmácia da UBS se mantém como referência para a comunidade. Na APS, o farmacêutico vem utilizando das mesmas estratégias que os demais profissionais, pois não foi observado um padrão estabelecido em seu fazer nos três casos, mas um trabalho realizado a partir da organização de cada farmacêutico e das necessidades de cada serviço de saúde.

Alguns estudos apontam o desenvolvimento de serviços farmacêuticos de natureza clínica ocorrendo na APS, assim como a existência de farmacêuticos com um perfil para atuação clínica^{30,31}.

F3 provém inúmeros serviços clínicos e tem uma agenda de consulta na recepção da UBS, ele tem atividades bastante semelhantes dos demais profissionais, porém com esta prioridade há uma falta de supervisão na dispensação causada pela ausência na farmácia.

O sentido maior de qualquer serviço farmacêutico deve ser as contribuições para o processo saúde/doença³². Independente da atividade ou ocupação, serviços farmacêuticos continuam sendo trabalho em processo, que cria e agrega valor, e se realiza por meio da aplicação de conhecimentos e competências em benefício do outro³³.

O segundo grupo de categorias são facilitadores dos serviços farmacêuticos na APS, pois constituem possibilidades de fortalecimento e potencialidades constituídas encontradas nos espaços e processos.

A ambiência é fundamental para a construção do modelo de APS³⁴ e pode interferir em diferentes formas de execução dos serviços farmacêuticos. A ambiência pode ser traduzida como meio ambiente, porém, em termos de serviços de saúde não é composto somente pelo meio material, mas pelo efeito moral que esse meio físico induz no comportamento dos indivíduos, e em serviços na APS³⁵.

Alguns registros nos cadernos de campo (tabela 1) demonstram o forte potencial que é ter um espaço denominado como farmácia constituído dentro da UBS. Todos os 3 cenários tinham esse espaço. Em estudo realizado em 2017³⁴, em todas as regiões do Brasil aponta ainda para a ampliação dos incentivos para a estruturação física dos serviços farmacêuticos, levando em consideração as especificidades regionais.

A atuação do técnico de farmácia foi uma característica unânime em todos os cenários.

Historicamente e, em muitos municípios, ainda é o técnico de enfermagem o responsável por diversas atividades na APS. Em estudo de Nakamura e Leite¹⁶, as equipes referiam ser interessante ter um farmacêutico na unidade de saúde, mais precisamente, dentro da farmácia, todos os dias, demonstrando ser esta a atividade esperada deste profissional, refletindo a expectativa social sobre os serviços farmacêuticos. Contudo, foi possível verificar em diversos casos observação que serviços farmacêuticos podem ter uma amplitude diversificada em seu conceito¹⁴ e envolvem outros profissionais, como os técnicos de farmácia, na sua execução direta e indireta.

A realidade concreta da APS predispõe integração em equipe e em alguns casos os serviços farmacêuticos têm acontecido nessa lógica. A oportunidade de se inserir em uma equipe multiprofissional é citada pelos farmacêuticos, pois permite a troca de conhecimentos com outros profissionais, qualificando e potencializando o seu trabalho. O desafio da APS está em transformar as trocas de saberes em práticas profissionais³⁶.

Identificou-se uma categoria que limita o desenvolvimento dos serviços farmacêuticos conforme o que se espera para o modelo de APS a partir das necessidades em saúde com base em um sistema universal de saúde.

Para compreender um serviço de saúde no Brasil, é preciso colocá-lo no contexto em que o mesmo foi construído. No município do estudo, as motivações de parcerias público-privadas são a realidade no gerenciamento das unidades de saúde, por meio de Organizações Sociais de Saúde (OSS). Uma das formas de privatização na administração pública, é a terceirização, sendo uma expressão de flexibilização do trabalho, que utiliza da contratação de terceiros³⁷.

Considerando-se os serviços farmacêuticos como meios que contribuem para alcançar resolubilidade em saúde³⁸, para as empresas que administram as unidades, é importante ter profissionais qualificados na farmácia. Entretanto, aproximadamente 35% dos trabalhadores em todo Brasil que atuam na dispensação de medicamentos são contratados ou terceirizados³⁹, o que pode representar um risco à conformação dos serviços farmacêuticos na APS, pois há instabilidade dos trabalhadores e baixa construção de vínculo com a comunidade.

A categoria conceitual da dispensação de medicamentos é entendida como fundamental para os serviços farmacêuticos, uma vez que é central na APS e caracteriza-se como um serviço de conexão com outros serviços da equipe multiprofissional.

Nos trechos dos cadernos de campo foi possível verificar como o medicamento é central para a atenção à saúde. No momento em que o farmacêutico exerce um ato profissional de não aviar uma prescrição com erro e potencialmente insegura, tornou-se um caso de polícia, demonstrando como a superação da abordagem limitada da disponibilização de medicamentos nos serviços de saúde para uma prática responsável técnico-sanitária, mas que também garanta o acesso aos recursos terapêuticos como uma necessidade, requer a compreensão da dispensação como um serviço de saúde⁴⁰.

Soares e colaboradores¹⁷ (p. 109) propõem que a dispensação deve "considerar o acesso como um atributo; o acolhimento, vínculo e responsabilização, a gestão e a clínica farmacêutica como seus componentes; e o uso racional de medicamentos como um propósito". É preciso superar a dispensação focada na acessibilidade do produto e incorporar sua centralidade com uma abordagem mais integrada aos preceitos da APS.

Os serviços farmacêuticos têm concepções variadas e denotam o estágio de construção e consolidação da Assistência Farmacêutica. Ademais, também refletem o processo de trabalho do farmacêutico, que ora se entende como centrado no ciclo logístico do medicamento, ora abarca concepções de AF que remetem a práticas voltadas à atenção ao usuário.

Nos três cenários, os farmacêuticos têm processos de trabalho muito ligados aos preceitos da APS, como trabalho em equipe, vínculo, territorialização, acesso a medicamentos essenciais⁴¹, porém com dinâmicas de trabalho diferentes. F1- Farmacêutico só permanece na farmácia; F2- Farmacêutico realiza todos os serviços, incluindo os clínicos; F3- Farmacêutico provê serviços clínicos, e não permanece na farmácia.

As categorias conceituais apresentadas a partir da Observação Participante demonstram evidências sobre o desenvolvimento dos serviços farmacêuticos na APS, e que se relacionam de formas distintas com os modelos de APS presentes nos sistemas de saúde, incluindo o SUS, sendo alguns mais universais e integrais, enquanto outros de cobertura universal, focalizados e seletivos.

Vivenciando a realidade concreta da APS, ressalta-se que muitos aspectos observados já correspondem a um modelo de APS que se distancia nos cuidados primários requeridos em Alma-Ata, e que estão sendo desmontados a todo o vapor no Brasil, após a atualização da última PNAB em 2017².

Em 2019, o Ministério da Saúde lança uma Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde, que trata de uma lista de serviços divididos e organizados em blocos temáticos, sendo este o foco de ações desenvolvidos pelos municípios⁴².

O desenvolvimento da APS no Brasil deveria ocorrer a partir do que se vive nesse contexto, por ser um país latino-americano, que o difere de um país europeu, em que se observou progressiva inclusão de grupos populacionais com ampliação e uniformização dos benefícios e universalização do acesso, especialmente no que tange à saúde⁴³.

A cobertura universal, fortemente induzida pelo relatório do Banco Mundial⁴⁴ ao Brasil tem a intenção de manter os países ditos em desenvolvimento apenas com uma APS focalizada, requerendo baixo financiamento, com pacotes de serviços estabelecidos ante a necessidades pré-definidas, sem considerar o que, de fato, a população local precisa^{43,45}. É preciso estar atento aos modelos de serviços farmacêuticos com atividades pré-estabelecidas, sem o entendimento do que o local requer e quais as suas necessidades⁴⁶.

As limitações do estudo dizem respeito as negociações com a Coordenadorias Regionais de Saúde do município, pois cada uma tem autonomia sobre o aceite para projetos pesquisa, o que gerou um tempo maior esperado para a entrada no campo. Além disso, há poucos estudos na temática do artigo, dificultando algumas discussões. Uma das limitações importantes do método de Observação Participante é que em função do tempo necessário no campo e a intenção de profundidade das reflexões, é pouco viável que seja realizada em um número maior de serviços de saúde. Por isso, nesse estudo as inferências de análise relacionam-se ao contexto das 3 regiões de um município de grande porte, sendo essa uma restrição a generalizações ou padronizações.

Conclusão

Um estudo como este tem a possibilidade de desvendar e sistematizar dados concretos, a partir de fatos, dimensionando as forças que interferem nos processos de trabalho. Utilizando da observação participante, foi possível visualizar que os serviços farmacêuticos na APS tem uma tendência de compreender que as pessoas não são iguais, e que é preciso reconhecer as necessidades de saúde e, por conseguinte, sociais para, então, construir resultados em saúde.

Por fim, o estudo evidencia características de diferentes modelos de prestação de serviços farmacêuticos na APS em um município de grande porte, e faz um alerta sobre modelos com atividades pré-estabelecidas, sem o entendimento do que o local requer e quais as suas necessidades, uma vez que podem comprometer as características essenciais da Atenção Primária a Saúde em sistemas universais, como o SUS.

Fontes de financiamento

o estudo foi parte do doutoramento da primeira autora, que o cursou com bolsa do CNPq.

Colaboradores

Mendes SJ, 1. Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados; 2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual.

Soares L, 2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual.

Leite SN, 1. Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados; 2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual.

Storpirits S, 1. Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados; 2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual.

Agradecimentos

Ao CNPq pela bolsa concedida. As equipes de saúde participantes da pesquisa.

Declaração de conflito de interesses

Os autores declaram inexistência de conflitos de interesses em relação a este artigo.

Referências

1. Giovannella L, Mendonça MHM, Buss PM, *et al.* De Alma-Ata a Astana. Atenção primária à saúde e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental. *Cadernos de Saúde Pública*. 2019; 35(3).
2. Mendes Á, Carnut L, Guerra LDS. Reflexões acerca do financiamento federal da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde. *Saúde debate*. 2018; 42(1):224-243.
3. Camargo KJ. As Armadilhas da concepção positiva de saúde. *Physis: rev. Saúde Coletiva*. 2007; 17(1): 63-76.
4. Leite SN, Farias MR, Manzini F, *et al.* Gestão da Assistência Farmacêutica: proposta para avaliação no contexto municipal. A experiência em Santa Catarina. Florianópolis: EdUFSC. 2015.
5. Elvey R, Hassell K, Hall J. Who do you think you are? Pharmacists' perceptions of their professional identity. *International Journal of Pharmacy Practice*. 2013; 21(5): 322-332.
6. Hesso I, Kayyali R, Nabhani-Gebara S. Supporting respiratory patients in primary care: a qualitative insight from independent community pharmacists in London. *BioMed Central Health Services Research*. 2019; 19(1): 5.
7. Pottie K, Haydt S, Farrell B, *et al.* Pharmacist's identity development within multidisciplinary primary health care teams in Ontario; qualitative results from the IMPACT project. *Research in Social and Administrative Pharmacy*. 2009; 5(4): 319-26.

8. Schindel TJ, Yuksel N, Breault R, *et al.* Perceptions of pharmacists' roles in the era of expanding scopes of practice. *Research in Social and Administrative Pharmacy*. 2016; 13(1): 148-161.
9. Nabhani-Gebara S, Fletcher S, Shamim A, *et al.* General practice pharmacists in England: Integration, mediation and professional dynamics. *Research in Social and Administrative Pharmacy*. 2020; 16(1): 17-24.
10. Sanders D, Nandi S, Labonté R, *et al.* From primary health care to universal health coverage-one step forward and two steps back. *The Lancet*. 2019; 394(10199): 619-621.
11. Breilh J. *Epidemiologia Crítica: ciência emancipadora e interculturalidade*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006.
12. Oliveira MAC, Egry EY. Marcos teóricos e Conceituais de necessidades. In: Egry EY, organizadores. *Necessidades em saúde na perspectiva da Atenção Básica: guia para pesquisadores*. São Paulo: Dedone, 2008. p. 27-32.
13. Oliveira MA, Luiza VL, Tavares NUL, *et al.* Acesso a medicamentos para doenças crônicas no Brasil: uma abordagem multidimensional. *Revista de Saúde Pública*. 2016; 50(2:6s).
14. Mendes SJ, Farisco M, Leite SN, *et al.* A broad view of pharmaceutical services in multidisciplinary teams of public Primary Healthcare Centers: a mixed methods study in a large city in Brazil. *Primary Health Care Research & Development*. 2022; 23(e31); 1-7.
15. Meirelles DS. O conceito de serviço. *Revista de Economia Política*. 2006; 26(1).
16. Nakamura CA, Leite SN. A construção do processo de trabalho no Núcleo de Apoio à Saúde da Família: a experiência dos farmacêuticos em um município do sul do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2016; 21(5): 1565-1572.
17. Soares L, Diehl EE, Leite SN, *et al.* A model for drug dispensing service based on the care process in the Brazilian health system. *Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences*. 2013; 49(1); 107-116.
18. Vargas-Pelaez CM, Soares L, Rover MRM, *et al.* Towards a theoretical model on medicines as a health need. *Social Science & Medicine*. 2017; 178: 167 – 174.
19. Malinowski B. *Argonautas do Pacífico Ocidental*. São Paulo: Ubu Editora, 2018.
20. Laperrière AA teorização enraizada (grounded theory): procedimento analítico e comparação com outras abordagens similares In: Poupart J, Deslauriers JP, Groulx LH, *et al*, organizadores. *A pesquisa qualitativa. Enfoques epistemológicos e metodológicos*. 4. Ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2014. p. 353-385.
21. Deslauriers JP, kérésit M. O delineamento de pesquisa qualitativa. In: Poupart J, Deslauriers JP, Groulx LH, *et al*, organizadores. *A pesquisa qualitativa. Enfoques epistemológicos e metodológicos*. 4. Ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2014. p. 337-352.
22. São Paulo (Município). Secretaria Municipal de Saúde. *Relatório Anual de Gestão (RAG) do SUS do NN para o ano de 2017*. 2018.
23. São Paulo (Município). Secretaria Municipal de Saúde. *Sistema de Gestão de Pessoas. Tabnet – Tecnologia DATASUS: Profissionais Ativos na NN*. 2018.
24. Gray DE, organizador. *Coletando dados primários: observação*. Pesquisa no Mundo Real. 2 ed. Porto Alegre: Penso; 2012. p. 320-339.
25. Jaccoud M, Mayer R. A observação direta e a pesquisa qualitativa. In: Poupart J, Deslauriers JP, Groulx LH, *et al*, organizadores. *A pesquisa qualitativa. Enfoques epistemológicos e metodológicos*. 4. Ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2014. p. 254-294.
26. Deslauriers JP. A indução analítica. In: Poupart J, Deslauriers JP, Groulx LH, *et al*, organizadores. *A pesquisa qualitativa. Enfoques epistemológicos e metodológicos*. 4. Ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2014. p. 127-153.
27. O'Brien BC, Harris IB, Beckman TJ, *et al.* Standards for reporting qualitative research: a synthesis of recommendations. *Acad Med*. 2014;89(9):1245-1251.
28. Carvalho MN, Costa EMOD, Sakai MH, *et al.* Expansion and diversification of university level workforce in Primary Health Care Units Brazil: 2008 - 2013. *Saúde Debate*. 2016; 40(109):154-162.
29. Dallari S, Aith F. 20 anos da Revista de Direito Sanitário: momento de renovação. *Revista de Direito Sanitário*. 2019; 20(1): 9-12.
30. Silva DAM, Mendonça SAM, Oliveira DR, *et al.* A prática clínica do farmacêutico no núcleo de apoio à saúde a família. *Trabalho, Educação e Saúde*. 2018; 16(2):659-682.
31. Silva ROS, Macedo LA, Santos Junior GA, *et al.* Pharmacist-participated Medication Review in different practice settings: service or intervention? An overview of systematic reviews. *PLoS One*. 2019; 14(1): e0210312.
32. Soares L. O acesso ao serviço de dispensação e a medicamentos: modelo teórico e elementos empíricos [tese]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 2013.
33. Campese M. *Desafios para os Serviços Farmacêuticos na perspectiva das necessidades e cuidados em saúde [tese]*. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 2017.
34. Leite SN, Manzini F, Álvares J, *et al.* Infraestrutura das farmácias da atenção básica no Sistema Único de Saúde: Análise dos dados da PNAUM-Serviços. *Revista de Saúde Pública*. 2017; 51(2:13s).
35. Bestetti MLT. *Ambiência: espaço físico e comportamento*. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*. 2014; 17(3):601-610.
36. Scherer MDA, Pires DEP, Jean R. A construção da interdisciplinaridade no trabalho da Equipe de Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2013; 18(11):3203-3212.
37. Alves SMP, Coelho MCR, Borges LH, *et al.* A flexibilização das relações de trabalho na saúde: a realidade de um Hospital Universitário Federal. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2015; 20(10):3043-3050.
38. Melo DO, Castro LLC. A contribuição do farmacêutico para a promoção do acesso e uso racional de medicamentos essenciais no SUS. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2017; 22(1): 235-244.
39. Carvalho MN, Álvares J, Costa KS, *et al.* Força de trabalho na assistência farmacêutica da atenção básica do SUS, Brasil. *Revista de Saúde Pública*. 2017; 51(2).

40. Leite SN, Bernardo NLMC, Álvares J, *et al.* Serviço de dispensação de medicamentos na atenção básica no SUS. *Revista de Saúde Pública.* 2017; 51(2:11).
41. Portela GZ. Primary Health Care: an essay on concepts applied to national studies *Physis Revista de Saúde Coletiva.* 2017; 27: 255–276.
42. BRASIL. Ministério da Saúde. Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde (CaSAPS). Versão Profissionais de Saúde e Gestores – Completa. 2019.
43. Giovanella L, Mendoza-Ruiz A, Pilar ACA, *et al.* Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2018; 23(6):1763-1776.
44. BANCO MUNDIAL. BIRD. AID. Grupo Banco Mundial. Propostas de Reformas do Sistema Único de Saúde Brasileiro. In: Notas de políticas públicas. Por um ajuste justo com crescimento compartilhado. 2018.
45. Mendes Á. A Atenção Básica no SUS e as pedras no seu caminho. *Journal of Management & Primary Health Care.* 2018; 9: 1-6.
46. Bradshaw J. The taxonomy of social need. In: Mclachlan G, organizadores. *Problems and Progress in Medical Care: essays on current research.* London: Oxford University Press, 1972.

