Assistência farmacêutica na estratégia saúde da família: uma análise sobre o acesso

Pharmaceutical assistance in family health strategy: an analysis of access

Tatiane de Oliveira Silva Alencar[1*], Maria Angela Alves do Nascimento[1] & Bruno Rodrigues Alencar[1]

1 Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS)-BA.

RESUMO

O objetivo é discutir o acesso do usuário à Assistência Farmacêutica na Estratégia Saúde da Família (ESF), considerando as dimensões geográfica (relacionada à distância, tempo, transporte necessários para deslocar-se aos serviços), econômica (capacidade de pagar por serviços), funcional (capacidade de organização dos serviços), disponibilidade (existência dos serviços em quantidades adequadas ao atendimento das necessidades dos usuários) e comunicacional (diálogo possível nas relações de cuidado). Trata-se de um estudo qualitativo, que teve como sujeitos: gestores, trabalhadores e usuários da ESF de um município baiano. As técnicas de produção dos dados foram observação sistemática e entrevista semiestruturada. O método de análise foi o hermenêutico-dialético. Os resultados mostram que as unidades estão geograficamente acessíveis aos usuários, havendo dificuldades mais evidentes na zona rural; a dimensão funcional revelou necessidades de estruturação do serviço. Além de haver falhas na disponibilidade de medicamentos, há dificuldades econômicas dos usuários e ausência na comunicação entre os sujeitos, caracterizando as práticas como mecanizadas e pouco resolutivas. Apesar das mudanças nas políticas de assistência à saúde e de assistência farmacêutica, os resultados apontam a necessidade de revisão das práticas no serviço, no intuito de torná-las mais acessíveis, resolutivas e articuladas aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde.

Palavras–chave: Serviços de assistência farmacêutica, Atenção primária, Acesso aos serviços de saúde.

ABSTRACT

This paper aims to discuss the user's access to Pharmaceutical services in the Family Health Strategy (ESF - Estratégia Saúde da Família), considering the geographical dimensions (related to distance, time, transportation needed to move to services), economic (ability to pay for services), functional (ability to organize services), availability (the availability of services in adequate amounts to meet the needs of users) and communication (dialogue possible in relations of care). It is a qualitative study, which was to subject managers, workers and users in a municipality of Bahia. Production techniques of data was systematic observation and semi-structured interview. The analysis method was the hermeneutic-dialectic. The results show that the units are geographically accessible to users having difficulties more evident in rural areas; functional dimension revealed needs for structuring the service. Plus there gaps in the availability of medicines, there are economic difficulties and lack of communication between the subjects, characterizing the practice as little mechanized and resolutive. Despite changes in the policies of health care and pharmaceutical care, the results indicate the need for review of practices in service in order to make it more accessible, resolutive and articulated the principles and guidelines of the Unified Health System.

Keyword: Pharmaceutical services, Primary health care, Health services accessibility

Autor Correspondente: tatifarmauefs@yahoo.com.br – Alencar, Tatiane - Universidade Estadual de Feira de Santana. Av. Transnordestina, s/n, Novo Horizonte, CEP 44036-900. Feira de Santana BA. Tel.: (75) 3161-8159/8088 Fax: (75) 3161-8088

INTRODUÇÃO

O direito ao acesso a medicamentos no Brasil foi explicitado pela primeira vez no Decreto nº 4.682, de 24 de janeiro de 1923 (Brasil, 1923), apenas aos trabalhadores ferroviários vinculados às Caixas de Aposentadoria e Pensão. Outras ações relacionadas à produção e distribuição de medicamentos existiram nas décadas seguintes, mas somente na década de 1990, com a Lei Orgânica nº 8.080, de 19 de setembro (Brasil, 1990) há referência ao direito universal à assistência farmacêutica. Oito anos após a Lei Orgânica, esse tema integrou com maior destaque as políticas de saúde ao ser implantada a Política Nacional de Medicamentos (Brasil, 1998). A partir de então, outras importantes políticas foram formuladas, dentre as quais destacamos a Política Nacional de Medicamentos Genéricos (Brasil, 1999) e Política Nacional de Assistência Farmacêutica (Brasil, 2004).

Tais dispositivos legais tiveram quase sempre dois grandes objetos de discussão: o elevado custo dos medicamentos e o acesso destes aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Paralelamente, têm-se os interesses do mercado farmacêutico, o subfinanciamento da saúde pública e a desestruturação da assistência farmacêutica em municípios brasileiros.

Apesar desta conjuntura, a área da assistência farmacêutica tem sido desenvolvida com mudanças das práticas profissionais, agregando-lhe mudanças e conferindo-lhe um caráter coerente à proposta da Saúde Coletiva. Para tanto, além do medicamento como insumo essencial, outros aspectos foram destacados como o cuidado ao paciente, a resolubilidade centrada num trabalho em equipe e na participação do usuário (Alencar *et al*., 2011; Alencar & Nascimento, 2011).

Assim, a assistência farmacêutica é entendida como uma política transversal, compreendendo um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletiva, fundamentada no acesso e no uso racional de medicamentos. Este conjunto envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como a sua seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população (Brasil, 2004).

Desta forma, ao propormos uma discussão sobre acesso a assistência farmacêutica, entendemos que este não pode ser visto de forma unidimensional, limitado à disponibilidade de medicamentos como tem sido evidenciado em diferentes ações de governos. Devemos considerar, sobretudo, um conjunto de dimensões que precisam estar articuladas de forma a suprir as necessidades da população, no processo de busca e obtenção de assistência à saúde. Para tanto, é possível uma adaptação dos diferentes modelos teóricos e abordagens aos diferentes contextos (Travassos & Martins, 2004).

Concordamos assim que, o acesso deve incorporar as condições de vida, nutrição, habitação, poder aquisitivo e educação (Ramos & Lima, 2003), que são traduzidas nas dimensões social e política (Hortale *et al*., 2000), além das dimensões geográficas, econômica, funcional, cultural e comunicacional (Unglert, 1987; Penchansky & Thomas, 1981; Assis *et al*., 2003; Giovanella & Fleury, 1996; Souza, 2006).

Nesta perspectiva, o objetivo deste artigo é discutir como se configura o acesso do usuário à assistência farmacêutica na Estratégia Saúde da Família, considerando para análise as dimensões geográfica, econômica, funcional, disponibilidade e comunicacional.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo qualitativo, que teve como cenário de estudo um município do recôncavo baiano, com população de 90.985 habitantes (IBGE, 2010). O campo de investigação propriamente dito foram as Unidades de Saúde da Família (USF), que correspondiam a um total de 20, sendo 17 na zona urbana e 3 na zona rural.

Para seleção das unidades foram adotados os seguintes critérios: possuir equipe mínima de saúde da família completa e trabalhando há pelo menos seis meses; existir área para dispensação de medicamentos, e ter um funcionário exclusivo para as atividades da farmácia. Assim, participaram do estudo seis USF, sendo quatro da zona urbana e duas da zona rural.

Os sujeitos participantes do estudo foram divididos em três grupos: o grupo I (informantes-chave) constituído pelo gestor municipal de saúde e pelo coordenador da assistência farmacêutica municipal; o grupo II, constituído por seis trabalhadores de saúde das farmácias das USF, que deveriam exercer atividades relacionadas à assistência farmacêutica nas farmácias das USF há pelo menos seis meses; e o grupo III, constituído por 13 usuários dos serviços das referidas farmácias das USF, maiores de 18 anos e que utilizavam as farmácias das unidades há pelo menos seis meses. A delimitação do número de entrevistados (21 no total) foi realizada considerando-se a saturação teórica dos dados (Minayo, 2010; Fontanella *et al*., 2011). Todos os sujeitos incluídos na pesquisa concordaram livremente em participar da pesquisa.

Foram utilizadas duas técnicas para produção de dados: a observação sistemática, que ocorreu por um período de três meses, e a entrevista semi-estruturada. O método de análise de dados foi o hermenêutico-dialético, que se apresenta

como “um caminho do pensamento”, um encontro entre a arte da compreensão (hermenêutica) e arte do estranhamento e da crítica (dialética), entre a teoria e práxis (Minayo, 2010; Alencar *et al*., 2012).

Esta pesquisa obedeceu à Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996 (Brasil, 1996), tendo sido aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana, sob registro CAAE 0112.0.059.000-06.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ao analisarmos o acesso geográfico dos usuários às unidades de saúde da família, tanto na zona urbana como rural, os depoimentos dos entrevistados a seguir revelam uma aproximação quanto ao atendimento dessa dimensão de acesso: “Moro aqui perto. Venho andando [...]. É dez minutos”(E.11, Grupo III). “Eu moro aqui no bairro. Venho andando. É aqui pertinho. Gasto de oito a dez minutos” (E.10, Grupo III).

Esses depoimentos e a nossa observação mostram que os usuários não apresentam dificuldades, no que se refere à distância e tempo para ter acesso geográfico à USF e, por sua vez, às farmácias dessas unidades, visto que elas estão localizadas na própria unidade. Entretanto, quando discutimos o acesso geográfico não podemos desconsiderar a subjetividade dos sujeitos ao se referirem ao que seja perto ou longe, pois, como mostram os depoimentos a seguir, apesar dos usuários gastarem cerca de uma hora andando para se deslocarem até a unidade de saúde, os mesmos consideram perto esse deslocamento: *“É perto, mas eu gasto uma hora pra chegar aqui porque venho andando”* (E.17, Grupo III). *“Olhe, eu gasto umas quatro horas mais ou menos. É perto, mas eu venho andando devagarzinho. Eu não posso dar a passada grande. [...] Às vezes, eu encontro alguém e venho de bicicleta*” (E.19, Grupo III).

Tais depoimentos indicam o difícil acesso na zona rural devido a distância e, consequentemente, ao tempo necessário para se deslocar às unidades. Ainda que tenhamos observado que a equipe tentava se organizar funcionalmente para o atendimento desses usuários, as limitações próprias da zona rural, tais como condições de transporte e barreiras geográficas, dificultavam o acesso.

Esses dados encontram similaridade com o estudo de Travassos e Viacava (2007) ao revelarem que onde há menor acesso há menor utilização dos serviços de saúde nas populações rurais, particularmente entre idosos que lidam com barreiras próprias do envelhecimento.

Em relação ao acesso funcional (Penchansky & Thomas, 1981; Assis *et al*., 2003), o serviço está organizado mediante agendamento. Para isso, contudo, o usuário precisa ir à unidade, pois não há disponibilidade de outros meios. Contudo, ainda que exista o agendamento prévio, os usuários têm o hábito de chegar cedo à unidade para garantia do atendimento, como mostram os depoimentos a seguir, que comungam com as observações feitas em campo: *“Moro aqui pertinho. Chego às seis horas para ser atendida logo”* (E.16, Grupo III). *“Moro aqui defronte. Antes das sete, umas seis e meia eu chego aqui na unidade”* (E.13, Grupo III).

Existem dificuldades nas atividades logísticas da assistência farmacêutica, especificamente em relação à programação, aquisição e distribuição de medicamentos. Também ocorrem problemas de desabastecimento que interferem na assistência à saúde do usuário, inclusive com implicações no acesso econômico já que, os usuários, ao não encontrarem os medicamentos na farmácia da unidade precisam comprá-los, caso a sua situação financeira permita.

Os depoimentos dos entrevistados 2 e 6 convergem com a realidade observada: *“A planilha vem e a gente vê tudo o que entrou, tudo o que saiu, o estoque e o que tá precisando. A partir daí, a gente solicita”* (E.2, Grupo II).

[...] Por exemplo, esse mês teve 5280 [comprimidos de] captopril, mas em compensação, esse mês não teve atendimento da enfermeira porque ela tá de férias e não teve tanto como no mês anterior. Eu só pedi pra completar. Eu já tenho toda essa base da hidroclorotiazida, do captopril, do que sai mais, do que sai menos. [...] eu não peço a mais. É só o que precisa mesmo (E.6, Grupo II).

As atividades de programação e planejamento exigem critérios que vão além da simples observação da demanda atendida e não atendida (Alencar *et al*.,2011; Marin *et al*., 2003; Perini, 2003), diferente do que foi verificado nos depoimentos dos entrevistados. Envolvem aspectos como o perfil epidemiológico a partir de um sistema de dados eficiente e real, a adequação de recursos financeiros para a aquisição, de acordo com os princípios da Lei nº 8.666/96 e outros dispositivos legais do SUS relacionados à aquisição, controle e avaliação do processo (Marin *et al*., 2003).

O entrevistado 6 expressa também questões que tangenciam o acesso funcional, pois diante das férias da enfermeira, a Secretaria Municipal de Saúde não adequou condições que permitissem continuar os atendimentos dos usuários, os quais, de acordo com o depoimento, ficaram desassistidos do cuidado daquele trabalhador e também dos medicamentos necessários. Situações como estas possivelmente não acontecem de forma isolada e exigem intervenções, devido ao fato de implicarem na adequada assistência aos usuários.

Ainda no que se refere ao acesso funcional, é importante considerarmos as limitações e os avanços percebidos pelos sujeitos quanto aos serviços que são produzidos e ofertados. Nesse sentido, encontramos situações convergentes entre os usuários, como mostram os depoimentos a seguir: *“Não tenho dificuldade de realizar o que preciso [...]. Faço*

exames, consultas com o médico e com a enfermeira. [...] vacina, remédio" (E.10, Grupo III). *"Participo das palestras, consulto com a enfermeira, faço preventivo, consulta, vacina"* (E.14, Grupo III).

Porém, o entrevistado 3, trabalhador de saúde, relata uma situação divergente:

Eu acho organizado [...] Eu acho que as ações são organizadas na medida do possível. Mas a marcação de exames mesmo, as pessoas reclamam e com razão porque é chato a pessoa chegar aqui e só poder fazer o exame em julho. Aí eles dizem: mas eu tô doente, em julho, eu já morri ou eu já fiquei boa, entendeu? (E.3, Grupo II).

Diante das entrevistas e das observações realizadas, entendemos que o serviço encontra-se organizado para o atendimento de algumas necessidades dos usuários, particularmente em relação aos atendimentos médicos, de enfermagem e à disponibilidade de medicamentos. No entanto, a marcação de exames ainda se constitui um entrave à resolubilidade do serviço, por razões diversas que, de acordo com as impressões do campo empírico, podem compreender desde o trabalho do setor de Regulação Municipal das ações de saúde, a burocratização envolvida nesse processo, a medicalização da saúde, o subfinanciamento da saúde, dentre outras.

Durante as entrevistas com os usuários nos chamou atenção o fato de que poucos deles se referiram ao serviço da farmácia seja como avanço ou limitação. Apenas falavam das demais ações disponibilizadas pelas unidades. Certamente, o modo mecanizado e impessoal como ocorre a dispensação de medicamentos nas unidades, entendida por eles próprios e também pelos trabalhadores como um "despacho" ou uma simples entrega, torna essa atividade tão simplista que não a citaram quando questionados sobre os serviços da unidade.

Alguns aspectos que podem contribuir para essa realidade, visualizada na observação e também destacada em outros estudos é a desestruturação das farmácias das unidades de saúde e a ausência do trabalho efetivo do farmacêutico como membro da equipe de saúde (Araújo *et al*., 2008; Araújo & Freitas, 2006). Ou seja, há necessidade de rever as práticas relacionadas à assistência farmacêutica, pois da maneira como tem ocorrido, o serviço tem perdido oportunidades de contribuir na atenção à saúde dos usuários. Neste caso, destacamos que as Diretrizes para estruturação de farmácias no âmbito do SUS publicadas pelo Ministério da Saúde em 2009 (Brasil, 2009) ainda não foram implementadas efetivamente pelos municípios, devendo ser discutidas entre gestores e trabalhadores de saúde, já que foram elaboradas na perspectiva de promover melhor assistência aos usuários.

Outra dimensão que analisamos no sentido de compreender como se dá o acesso à assistência farmacêutica é a disponibilidade (Penchansky & Thomas, 1981; Assis *et al*., 2003) de medicamentos. No entanto, compreendemos que essa dimensão precisa ser discutida de modo articulado com a dimensão econômica (Penchansky & Thomas, 1981; Giovanella & Fleury, 1996), uma vez que poderão existir custos para os usuários com a aquisição de medicamentos, caso não estejam disponíveis.

Quanto à disponibilidade de medicamentos, os entrevistados têm divergentes relatos: *"Só uma vez que não tinha o [remédio] que o médico passou. Não costuma faltar não. É difícil eu vim e não encontrar"* (E.9, Grupo III).

Eu espero oito dias, quinze dias, trinta dias, depende de quando chegar o remédio. Se tiver remédio elas me dão. Se não tiver eu vou comprar ou então manda esperar. Se tiver ficha eu pego no crediário pra 30 dias, se não, tem que pagar no dinheiro (E.11, Grupo III).

O gestor, por sua vez, expõe um depoimento que possibilita visualizar discrepâncias no processo de gestão da assistência que podem, por sua vez, justificar as divergentes manifestações dos usuários.

[...] Minha maior atividade era sentar com esse pessoal todo junto, setor do almoxarifado, assistência farmacêutica, contabilidade e setor de compras. Colocava todo mundo em volta da mesa e estava identificando essas falhas. Então eu dizia: gente, não está faltando dinheiro pra comprar medicação, por que é que está faltando medicação? [...] Um olhava pro outro e aí a gente acabava descobrindo, verificando o que exatamente houve. [...] Mesmo assim, com isso tudo não resolvia o problema completamente (E.2, Grupo I).

Evidenciamos assim uma realidade que é consequência do processo de organização da assistência farmacêutica no município, e que culmina na irregularidade do abastecimento de medicamentos, implicando na indisponibilidade para os usuários, caracterizando o acesso como seletivo e excludente (Assis *et al*., 2003).

O entrevistado 3 mostra, por sua vez, um depoimento diferente sobre o acesso a medicamentos, ao enfatizar um aspecto importante que é o valor de uso que os usuários têm em relação aos medicamentos que não são disponibilizados pelo serviço, quando comparados aos medicamentos dispensados nas farmácias das unidades de saúde.

Porque aqui a gente dá de tudo, a gente tem tudo. Creme vaginal de R$ 38,00, amoxicilina que é cara [...] a gente dá quase tudo e o pessoal não dá valor. Nem todo mundo dá valor [...] tem gente que não usa direito o remédio, volta aqui de novo. É aquela coisa de não dar valor. Quando falta que vai para a farmácia [fora do serviço público] e quando compra [...] aí dá valor. Tem outros que dizem que é uma porcaria, que tem que fechar (E.3, Grupo II).

Além dos aspectos que apontam para uma desvalorização do medicamento distribuído no SUS, o depoimento expõe a falta de informações desses usuários quanto ao uso de medicamentos. Essa situação é reflexo, dentre outras possibilidades, do trabalho desenvolvido tanto pelos prescritores quanto pelos auxiliares das farmácias, caracterizado pela

falta de comunicação e não relevância das subjetividades dos sujeitos usuários de medicamentos, além da ausência dos serviços farmacêuticos.

Tal observação comunga com Arrais *et al.* (2007) que, ao avaliarem aspectos da relação médico-paciente e dispensador-paciente durante a conduta prescritiva e no ato da dispensação de medicamentos, evidenciaram baixa qualidade no atendimento médico e farmacêutico e a apatia do paciente no processo que envolve a prescrição e dispensação de medicamentos e seu uso racional.

Um aspecto importante apontado pelo gestor refere-se ao reconhecimento, por parte dos usuários, do acesso a medicamentos como um direito.

A oferta de itens de medicação começou a ser maior. Eu acho que antes faltava muita medicação [...] Eu acho assim, a partir do momento que começou a ter medicamento certinho na unidade, as pessoas começaram a reconhecer que aquilo era direito. Porque antes faltava tanto que pra eles quando faltava era normal. [...] Toda hora que faltava medicação eles iam pra rádio. [...] Eu tenho certeza de que, se chegar outra gestão que volte a ser como antes eles vão pra rádio porque agora eles sabem comparar. [...] A rádio funcionava pra mim, então, como o reconhecimento de um direito (E.2, Grupo I).

Tal depoimento converge com a realidade observada, pois evidenciamos que a comunidade se refere às emissoras de rádio como um instrumento para verbalizar publicamente suas insatisfações com o serviço de saúde, até mesmo porque desconhecem as formas legais e de direito para manifestar as suas queixas e necessidades, a exemplo das representações em conselhos locais e municipais de saúde.

Como consequência da falta de participação popular nas instâncias referidas, dentre outros fatores, a sociedade tem utilizado alternativas para ter acesso aos diferentes serviços de saúde, inclusive aos medicamentos, nos diferentes níveis de atenção. Neste sentido, é válido destacar que a judicialização tem sido um fenômeno crescente, uma grande ameaça à sanidade financeira e administrativa do SUS (Pepe *et al*., 2010; Leite *et al*., 2009; Chieffi & Barata, 2009). Esse fenômeno tem como fundamento o lema do artigo 196 da Constituição Federal, que se tornou frequente objeto de interferência do poder judiciário, traduzindo-o como "tudo para todos", e gerando litigâncias jurídicas que hoje já é superior 60 mil ações nas três esferas de governo, e que tem provocado despesas extras da programação financeira do Ministério e secretarias de saúde de mais de R$ 500,00 milhões anuais (Brasil, 2010).

Neste sentido, o Decreto Presidencial nº 7.508/2011 (Brasil, 2011), que regulamenta a Lei nº 8.080/90, esclarece que o acesso universal e igualitário à assistência farmacêutica pressupõe, dentre outras coisas, que o usuário seja assistido por ações e serviços de saúde do SUS, que a prescrição seja de um profissional de saúde no exercício regular de suas funções no SUS e que a mesma esteja em conformidade com a Relação Nacional de Medicamentos (Rename). Pressupõe ainda que a dispensação ocorra em unidades indicadas pela direção do SUS. É, portanto, uma medida racionalizadora do Estado, no intuito de favorecer uma reorganização do sistema, do planejamento e assistência à saúde, incluindo a assistência farmacêutica e, principalmente, o racionamento de recursos da saúde.

Além das dimensões do acesso discutidas até aqui, a incorporação do acesso comunicacional, numa tentativa de valorização da linguagem, dos saberes e das competências dos diferentes membros da equipe de saúde, poderá contribuir para o alcance de resultados mais efetivos no processo de cuidado à saúde. Isto porque, a comunicação é um ato social que permite que experiências, sensações, idéias e pensamentos possam ser partilhados com outros (Silva & Trad, 2005).

De modo divergente, especialmente em relação à dispensação de medicamentos, observamos uma prática pouco comunicativa como revelam os depoimentos: *"Ela olha a receita e pronto"* (E.17, Grupo III). *"Uma vez o médico me passou o remédio que eu não encontrei em canto nenhum e aí eu falhei de vir. Ele é um doutor, mas é bravo"* (E.16, Grupo III).

Tais depoimentos traduzem a ausência de relação efetiva entre os trabalhadores e os usuários, evidenciando a falta de preparação destes para o desenvolvimento da sua atividade de dispensação e prescrição e, também, a falta de acolhimento e vínculo necessários no processo de cuidado de saúde (Franco *et al*., 1999). O depoimento a seguir corrobora com tal compreensão.

[...]completamente desorientada [a dispensação de medicamentos] no sentido do desperdício de relacionamento com o paciente. [...] O grande problema que eu identificava era de atendimento ao público, pessoas que atendiam de cabeça baixa, que não olhavam para o usuário. Hábitos incompatíveis com a dispensação (E.2, Grupo I).

Dessa forma, visualizamos a necessidade de valorizar a linguagem, a comunicação entre os sujeitos para resgatar a dignidade de outros tipos de sabedoria na construção das verdades úteis para a construção da saúde (Rosemberg, 2006). Ao aproximarmos essa abordagem da realidade observada no campo de estudo, compreendemos que essa relação deve se processar entre os trabalhadores de saúde com os distintos saberes, seja o saber da saúde ou particular da administração, da contabilidade; e entre os trabalhadores e usuários, o saber técnico e o saber popular, num diálogo que articula idéias e modos de pensar num processo vivo que resulta em um dever e um compromisso.

O depoimento a seguir revela que a dificuldade de comunicação não se restringe ao momento da relação direta com o usuário, mas também nas demais atividades de assistência farmacêutica.

[...] Fazer esse pessoal todo se entender deu trabalho. Falta de entendimento e entrosamento do pessoal do nível central com o farmacêutico. Tem melhorado, mas ainda havia dificuldade. Os técnicos da compra, que eram do setor administrativo com a linguagem do farmacêutico em si. [...] É o entendimento, o relacionamento intersetorial, isso aí é muito difícil na parte administrativa da gestão. Eles não têm o mesmo nível de entendimento [...] E não quer entender também (E.2, Grupo I).

A incorporação dessa linguagem comum, não necessariamente técnica, mas específica o suficiente para que haja uma compreensão entre os sujeitos envolvidos, apresenta-se como possibilidade para reduzir ou eliminar entraves no conjunto de ações que configuram o acesso à assistência farmacêutica. Para isso, um precisa conhecer o trabalho do outro para que percebam a relação estabelecida entre eles e o benefício resultante dessa interação de saberes para a coletividade, para a atenção integral à saúde.

A partir das abordagens discutidas, ao nos referirmos sobre o acesso à assistência farmacêutica compreendemos que essas dimensões precisam estar articuladas de modo que propicie, no contexto dinâmico em que estão os sujeitos da saúde, melhores resultados ao pensar nas ações de saúde e melhores relações entre os sujeitos que as produzem.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O artigo nos possibilita compreender que há facilidades e dificuldades para o acesso do usuário à assistência farmacêutica em todas as dimensões discutidas nesse estudo: geográfica, econômica, funcional, disponibilidade e comunicacional. Assegurar o acesso é, portanto, um desafio à gestão dos serviços e, ao contrário do que muitos gestores e estratégias de governo indicam, é preciso superar a noção simplificada de acesso enquanto disponibilidade de medicamentos e rever caminhos que possibilitem novas condutas para a sua garantia.

Apesar do estudo não ter incluído os demais trabalhadores da equipe de saúde, ele expõe elementos capazes de retratar a realidade e provocar debates sobre a temática, bem como, suscitar reflexões sobre a implementação das políticas já existentes e sobre as práticas desenvolvidas nos serviços.

Assim como as demais atividades que conformam o cotidiano dos serviços de saúde, a assistência farmacêutica no âmbito municipal precisa ser discutida e planejada coletivamente, num processo que envolva os diferentes sujeitos, no sentido de efetivar práticas integrais e resolutivas que transformem a prática revelada e que torne possível "renovar as esperanças por um sistema de saúde digno, democrático e de qualidade para todos" (Paim, 2012).

REFERÊNCIAS

Alencar TOS, Nascimento MAA do & Alencar BR. Hermenêutica dialética: uma experiência enquanto método de análise na pesquisa sobre o acesso do usuário à assistência farmacêutica. *Rev Bras Promoç Saúde*. 25(2): 243-250. 2012.

Alencar TOS & Nascimento MAA. Assistência Farmacêutica no Programa Saúde da Família: encontros e desencontros do processo de organização. *Cien & Saude Coletiva*. 16(9): 3939-3949. 2011.

Alencar TOS, Nascimento MAA & Alencar BR. *Assistência Farmacêutica no SUS*: articulando sujeitos, saberes e práticas. Feira de Santana: Editora UEFS; 2011. 264p.

Alencar TOS, Bastos VP, Alencar BR & Freitas IV. Dispensação farmacêutica: uma análise dos conceitos legais em relação à prática profissional. *Rev. Ciênc. Farm. Básica Apl.*, v.32, n.1, p.89-94, 2011.

Araújo ALA & Freitas O. Concepções do profissional farmacêutico sobre a assistência farmacêutica na unidade básica de saúde: dificuldades e elementos para a mudança. *Rev. Bras. Ciênc. Farm*. 42(1): 137-146. 2006.

Araújo ALA, Pereira LRL, Ueta JM & Freitas O. Perfil da assistência farmacêutica na atenção primária do Sistema Único de Saúde. *Cien Saude Colet.* 13 (Supl 1):611-617. 2008.

Arrais PSD, Barreto ML & Coelho HLL. Aspectos do processo de prescrição e dispensação de medicamentos na percepção do paciente: estudo de base populacional em Fortaleza, Ceará. *Cad Saude Publica*. 23(4): 927-937. 2007.

Assis MMA, Villa, TCS &Nascimento MAA. Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática. *Cien Saude Colet*. 8(3): 815-823. 2003.

Brasil. Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2011; 29 jun.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. *Da excepcionalidade às linhas de cuidado*: o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. *Diretrizes para estruturação de farmácias no âmbito do Sistema Único de Saúde*: Ministério da Saúde; 2009.

Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 338, de 06 de maio de 2004. *Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica*. *Diário Oficial da União* 2004; 20 maio.

Brasil. Presidência da República. Lei nº 9.787, de 10 de fevereiro de 1999. Dispõe sobre a vigilância sanitária, estabelece o medicamento genérico, dispõe sobre a utilização de nomes genéricos em produtos farmacêuticos e dá outras providências. Diário Oficial da União, 11 fev. de 1999.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.916 de 30 de outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. *Diário Oficial da União* 1998; 10 nov.

Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União* 1996; 16 out.

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.

Brasil. Decreto nº 4.682, de 24 de janeiro de 1923. Lei Eloy Chaves. Cria em cada uma das empresas de estradas de ferro existentes no país, uma Caixa de Aposentadoria e Pensões para os respectivos empregados. *Diário Oficial da União* 1923; 28 jan.

Chieffi AL & Barata RB. Judicialização da política pública de assistência farmacêutica e equidade. *Cad Saude Publica.*25(8): 1839-1849. 2009.

Fontanella BJB, Luchesi BM, Saidel MGB, Ricas J, Turato ER & Melo DG. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. *Cad Saude Publica.* 27(2): 389-394. 2011.

Franco TB, Bueno WS & Merhy EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saude Publica*. 15(2): 345-353. 1999.

Giovanella L & Fleury S. Universalidade da Atenção à saúde: acesso como categoria de análise. In: Eibenschutz C. *Política de Saúde*: o público e o privado. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996. p.177- 198.

Hortale VA, Pedroza M & Rosa MLG. Operacionalizando as categorias do acesso e descentralização na análise de sistemas de saúde. *Cad Saude Publica.*16(1): 231-239. 2000

IBGE. *Cidades. Dados básicos.* Disponível em:<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/painel>. Acesso em: 22 abril de 2012.

Leite SN, Pereira SMP, Silva P, Nascimento Júnior JM, Cordeiro BC & Veber AP. Ações judiciais e demandas administrativas na garantia do direito de acesso a medicamentos em Florianópolis-SC. *Rev Direito Sanitário.*10(2): 13-28. 2009.

Marin N, Luiza VL, Osorio-de-Castro CGS, Machado dos Santos S. (Org.). *Assistência Farmacêutica para gerentes municipais*. Rio de Janeiro: OPAS/OMS; 2003.

Minayo MCS. *O desafio do conhecimento*. Pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec; 2010.

Paim JS. O futuro do SUS. *Cad Saude Publica.* 28(4): 612. 2012.

Penchansky R & Thomas JW. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. *Medical Care.* 19(2): 127-140. 1981.

Pepe VLE, Figueiredo TA, Simas L, Osorio-de-Castro CGS & Ventura M. A judicialização da saúde e os novos desafios da gestão da assistência farmacêutica. *Cien Saude Colet.* 15(5): 2405-241. 2010.

Perini E. Assistência Farmacêutica: fundamentos teóricos e conceituais. In: Acurcio FA. *Medicamentos e Assistência Farmacêutica*. Belo Horizonte: COOPMED; 2003. p.10-31.

Ramos DD & Lima MADS. Acesso e acolhimento aos usuários em uma comunidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saude Publica.* 19(1): 27-34. 2003.

Rosemberg B. Comunicação e participação em saúde. In: Campos GWS *et al*. (Org.). *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. p.741-766.

Silva LZQJ & Trad LB. O trabalho em Equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a integração entre os profissionais. *Interface - Comunic., Saude, Educ.* 9(16): 25-38. 2005.

Souza MC. Modelo de atenção à saúde no centro de saúde Parque Floresta – Alagoinhas. 2006. Feira de Santana (BA). 118p. (Dissertação de Mestrado), Universidade Estadual de Feira de Santana.

Travassos C & Viacava F. Acesso e uso de serviços de saúde em idosos residentes em áreas rurais, Brasil 1998 e 2003. *Cad Saude Publica.* 23(10): 2490-2502. 2007.

Travassos C & Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad. Saúde Pública.* 20(2 supl): 190-198. 2004.

Unglert CVS. Acesso aos serviços de saúde: uma abordagem de geografia em saúde pública. *Rev Saude Publica.* 21(5): 439-446. 1987.