



Revista Saúde em Redes (ISSN 2446-4813), v. 8, n. 1 (2022).

ARTIGO ORIGINAL

DOI: 10.18310/2446-4813.2022v8n1p69-83

## Compreensão de território nos serviços farmacêuticos da atenção básica à saúde: um estudo qualitativo

Comprehension of territory in the pharmaceutical services from the Basic Health Care: a qualitative study

**Gabriel Schneider Loss**

Programa de Pós-graduação em Assistência Farmacêutica, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (PPGASFAR/UFRGS), Porto Alegre, RS, Brasil.

E-mail: loss.gs@gmail.com

ORCID: 0000-0003-4187-5957

**Stella Pegoraro Alves-Zarpelon**

Programa de Pós-graduação em Assistência Farmacêutica, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (PPGASFAR/UFRGS), Porto Alegre, RS, Brasil.

E-mail: stellape@gmail.com

ORCID: 0000-0002-1113-9062

**Denise Bueno**

Programa de Pós-graduação em Assistência Farmacêutica, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (PPGASFAR/UFRGS), Porto Alegre, RS, Brasil

E-mail: denise.bueno@ufrgs.br

ORCID: 0000-0002-6037-8764

### Resumo:

**Objetivo:** descrever a compreensão de território por farmacêuticos que atuam na Atenção Básica. **Métodos:** Foram realizadas entrevistas com farmacêuticos alocados nas farmácias públicas de um município do Sul do Brasil. As entrevistas foram transcritas e analisadas por meio de análise temática de conteúdo. **Resultados:** Entrevistou-se treze farmacêuticos. As categorias temáticas elaboradas foram: *território aprisionante, território distante e território desconhecido*. Os resultados evidenciaram a atuação predominante do profissional como responsável pela gestão dos serviços farmacêuticos. A atuação profissional é dependente de recursos humanos e materiais adequados e da priorização de políticas de gestão voltadas à área da assistência farmacêutica. **Conclusão:** A compreensão do território nos serviços farmacêuticos da Atenção Básica à Saúde estabelece formas de atuação adequadas para tais serviços, no contexto dos 5.570 municípios contemplados na Política Nacional de Assistência Farmacêutica, conforme o preconizado na Lei 8.080/90.

**Palavras-chave:** Atenção Primária em Saúde, Assistência Farmacêutica, Serviços Básicos de Saúde

### Abstract:

**Objectives:** This research aimed to describe the comprehension of territory by pharmacists who work in the Basic Health Care. **Methods:** The research collected data from interviews with pharmacists working in public pharmacies in a city in Southern Brazil. Once transcribed, the interviews were analyzed through a thematic content analysis. **Results:** The research comprise the interviews of 13 pharmacists. Four theme categories emerged from analysis: *imprisoning territory, distant territory and unknown territory*. The outcomes highlight the professional's predominant role as responsible for the

management of pharmaceutical services. Professional performance depends on suitable resources (both human and material) and on the prioritization of management policies aimed at the pharmaceutical assistance area. **Conclusion:** The comprehension of territory in the pharmaceutical services of Basic Health Care establishes appropriate forms of action for such services, in the context of the 5,570 municipalities covered in the National Policy of Pharmaceutical Assistance, as recommended in Brazilian National Law n° 8,080/90.

**Keywords:** Primary Health Care, Pharmaceutical Services, Basic Health Services

## Introdução

A história da profissão farmacêutica, das políticas de educação e das políticas de saúde se cruzam e movimentam o lugar do farmacêutico na sociedade. Historicamente, pouco tempo se passou desde o boticário, que fazia suas preparações a partir de plantas em seu próprio local de trabalho e passava seu ofício aos seus aprendizes, até o farmacêutico que tem como foco o cuidado à saúde do indivíduo, da família e da comunidade. Esta realidade sofreria mudanças importantes a partir da primeira metade do século XX, com o advento dos antibióticos e a industrialização do setor farmacêutico<sup>1</sup>.

No Brasil, entre as décadas de 1930 e 1970, fatores contribuíram para o afastamento do profissional farmacêutico da farmácia: ampliação da disponibilidade de medicamentos industrializados, legislação nacional que dispensa necessidade de farmacêuticos nas farmácias e direcionamento da formação universitária às análises clínicas<sup>2-4</sup>. As décadas de 1980 e 1990 foram marcadas por debates sociais na área da saúde e na formação farmacêutica. Em 2002, foram publicadas as Diretrizes Curriculares Nacionais, que definiram a formação generalista e o perfil multiprofissional e multidisciplinar do profissional farmacêutico<sup>4</sup>.

Esse resgate do papel social do farmacêutico assumiu diferentes formas em outros países. Nos Estados Unidos (EUA), em 1960 esse debate levou ao conceito de *Farmácia Clínica*. No início da década de 1990, EUA e Espanha apresentaram os conceitos de *Pharmaceutical Care* e *Atención Farmacéutica*, respectivamente, ambos traduzidos no Brasil como Atenção farmacêutica<sup>5</sup> e que, no século XXI chega com a denominação de *Cuidado Farmacêutico*. O objetivo do farmacêutico sob esse paradigma é promover a utilização adequada dos medicamentos, com foco no alcance de resultados terapêuticos concretos, por meio de serviços e atividades voltadas ao indivíduo, à família, à comunidade e à equipe de saúde<sup>6</sup>.

Esse modelo de atuação do farmacêutico no Sistema Único de Saúde (SUS) vem ao encontro da própria organização do sistema de saúde, que se dá através da Redes de Atenção à Saúde (RAS) caracterizada pela horizontalidade dos pontos de atenção que a compõe, tendo a Atenção Básica (AB) como o primeiro nível de atenção com a função de ser a ordenadora do cuidado e das ações e serviços disponibilizados na RAS<sup>7-9</sup>.

Dentre os avanços alcançados pela AB no Brasil, destaca-se a Estratégia de Saúde da Família (ESF), estratégia prioritária de organização, expansão, consolidação e qualificação desse nível de atenção. A atuação da ESF é orientada pelos princípios e diretrizes da AB, considerando a *territorialização* como instrumento para o planejamento, programação e desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais e o *território* como dispositivo para possibilitar uma visão ampliada da população adscrita, considerando aspectos sociais, econômicos, epidemiológicos, assistenciais, culturais e identitários<sup>9</sup>.

O conceito de território tem sua origem no campo da geografia, com foco nos conceitos de *paisagem* e *região*, privilegiando aspectos descritivos da dinâmica socioespacial e pouco se debruçando sobre o conceito de território. No período denominado de *Nova Geografia*, destacam-se a classificação de áreas territoriais e o conceito de *espaço geográfico*, mas ainda sem centralidade no conceito de território. Na década de 1970 é que os conceitos de *território* e *territorialidade* começam a ganhar ênfase e são redescobertos<sup>10</sup>.

No campo da saúde, especificamente no contexto brasileiro, o conceito de território se amplia e se desdobra a partir Guattari e Santos. Guattari é especialmente utilizado no campo da saúde coletiva, que entende território como espaço dinâmico, sempre em construção, resultado de movimentações (sociais, econômicas, políticas, culturais) e que se define a partir da apropriação e subjetivação dos atores que dele se utilizam<sup>11</sup>. A compreensão da relação entre território e o processo saúde-doença, utilizada por Santos, influencia as ações de planejamento territorial dos serviços do SUS principalmente no desenvolvimento da integralidade das práticas de saúde, na implantação das RAS e na definição da atuação das unidades de saúde da AB, sendo bastante utilizada pelo Ministério da Saúde<sup>12</sup>.

Pouco utilizada pelo campo da saúde, a produção teórica de Claude Raffestin parece capaz de enriquecer a discussão proposta no presente estudo. A obra do geógrafo de 1980, *Pour une géographie du pouvoir*, traduzido em 1993 para o português, representa um marco para o

conceito de território, na qual reforça o papel do trabalho e das relações de poder e dominação. Ainda, afirma o território como uma cristalização da territorialidade numa determinada área, sinaliza para transformação dos recursos naturais como instrumentos do poder no território e caracteriza o processo dinâmico de territorialização, desterritorialização e reterritorialização<sup>13</sup>.

Para o presente estudo, utilizou-se o conceito de *território*, como trazido por Raffestin<sup>14</sup>, na expectativa de qualificar a compreensão acerca da atuação do farmacêutico na AB. O conceito de território, oriundo da geografia, vem sendo crescentemente incorporado à saúde nas últimas três décadas, no esforço de compreender seu papel no processo saúde-doença<sup>15</sup>.

Transversais à RAS, a Política Nacional de Medicamentos (PNM)<sup>16</sup> e a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF)<sup>17</sup> trazem pontos importantes para a atuação do farmacêutico na AB. A PNM, publicada em 1998, tem como propósitos garantir a segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, a promoção do uso racional e o acesso da população aos medicamentos essenciais<sup>16</sup>.

Dentre seus eixos estratégicos, a PNAF inclui a compreensão da assistência farmacêutica como necessária para garantia de acesso e equidade das ações de saúde; o desenvolvimento, valorização, formação, fixação e capacitação de recursos humanos; a promoção do uso racional de medicamentos; e a qualificação dos serviços de assistência farmacêutica nos diferentes níveis de atenção<sup>17</sup>.

Para contribuir na compreensão dos saberes e práticas implicados no trabalho em saúde, foram adotadas as concepções de Merhy<sup>18</sup> sobre a composição do trabalho em saúde. A produção do cuidado acontece durante o trabalho vivo em ato (interação entre profissional-usuário; busca intencional de produção do cuidado), mas frequentemente utiliza-se do trabalho morto (exames, medicamentos, procedimentos) como instrumento.

No sistema de saúde, a profissão farmacêutica possui certa clareza quanto ao seu papel na atenção secundária e terciária, existe a demanda pelo aprofundamento do debate conceitual a respeito da práxis farmacêutica na AB e sua relação com a RAS. Para tanto, é necessária uma reflexão teórico-prática aprofundada sobre os serviços farmacêuticos na AB. O objetivo desse estudo foi descrever a compreensão de território por farmacêuticos que atuam na AB.

## Métodos

Pesquisa de abordagem qualitativa, caracterizada como um estudo de caso, que investiga um fenômeno contemporâneo em profundidade, em seu contexto de vida real<sup>19</sup>. O local escolhido para estudo foram os serviços farmacêuticos da AB de um município do Sul do país, com entrevistas aos farmacêuticos que atuam nestes serviços.

A amostra foi intencional. Todos os farmacêuticos atuantes nos serviços farmacêuticos da AB do município foram convidados a participar das entrevistas, realizadas em maio de 2017. Esse convite foi realizado por ligação telefônica, informando sobre a pesquisa, seus objetivos, métodos e motivação do estudo. Após o convite, aguardou-se a manifestação voluntária dos farmacêuticos interessados em participar da pesquisa.

Para a determinação do tamanho da amostra foi utilizado o critério da saturação teórica, ou seja, quando as novas falas passaram a ter acréscimos pouco significativos em vista dos objetivos propostos pela pesquisa e tornaram-se repetitivas, quando as entrevistas são encerradas<sup>20,21</sup>. A densidade do material textual produzido nas entrevistas foi considerada para o encerramento desta etapa de pesquisa. Foram excluídos da pesquisa os farmacêuticos que estavam em período de férias ou outro tipo de afastamento na etapa de realização das entrevistas.

As entrevistas foram individuais, realizadas por um único pesquisador, no local de trabalho dos participantes, em sala reservada, em data e horário previamente combinados, não interferindo no andamento do processo de trabalho desses profissionais. As entrevistas foram guiadas por um instrumento de entrevista semiestruturado, com as seguintes questões: Como o farmacêutico atua na AB? Como atua na RAS? Quais os territórios e espaços do cuidado farmacêutico na AB e qual o papel do profissional farmacêutico na saúde? E nos demais setores?

As entrevistas foram gravadas por equipamento de áudio e transcritas na íntegra, com um tempo de duração em média de 60 minutos, totalizando 13 horas de gravação. O material textual foi organizado em categorias de análise para facilitar a compreensão das ideias e posterior discussão. A interpretação das informações qualitativas seguiu a estratégia da análise temática de conteúdo<sup>22</sup> e foram divididas em três categorias temáticas: *território aprisionante*

da farmácia enquanto estabelecimento; *território distante* representada pelo território das unidades de saúde de AB onde as respectivas farmácias estavam inseridas e os territórios sanitários do município e a RAS como um todo foram representados na categoria *território desconhecido*.

Esse estudo foi submetido e aprovado pelos Comitês de Ética pertinentes e cadastrado na Plataforma Brasil sob o registro CAAE 62484416.2.0000.5327. A pesquisa seguiu as normas vigentes de ética em pesquisa e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi lido e assinado por todos os participantes. A fim de preservar o sigilo das informações sobre os participantes, os excertos foram codificados.

## Resultados e Discussão

A cidade na qual foi aplicada o estudo, dispõe de dez serviços farmacêuticos da AB que contam com a presença do farmacêutico, estas unidades dispensam medicamentos de controle especial e antimicrobianos (Farmácias Distritais). As outras 135 unidades de saúde de AB restantes, são supervisionadas por farmacêutico apoiador. No momento do estudo, o município apresentava um quadro total de 22 farmacêuticos atuantes na AB do município. Ao final, 13 farmacêuticos foram entrevistados.

Maioria dos profissionais era do sexo feminino (69,2%), média de idade de 34,9 anos e o tempo de atuação nesse serviço variou de 10 meses a 28 anos entre os entrevistados.

Os questionamentos apresentados trouxeram reflexões sobre os diferentes territórios de atuação dos profissionais entrevistados. Aspectos políticos, históricos, identitários, culturais e sociais apareceram nos discursos, que por sua manifestação sugeriram a adequação de se trabalhar o tema *território* no presente estudo.

### Território Aprisionante

Categoria predominante que por sua complexidade foi subdividida em outras categorias temáticas: *Micropolítica de um trabalho morto*, *Macropolítica de um território chave*, *Formação em serviço e educação permanente* e *Farmacêutico como profissional da saúde*.

#### *Micropolítica de um trabalho morto*

Por micropolítica, expressão conceitualizada por Guattari e Rolnik<sup>23</sup> e desenvolvida por autores da saúde coletiva, entendemos a produção de subjetividades a partir de relações de poder<sup>24</sup>, ou em outras palavras, o agir cotidiano dos sujeitos na relação com o outro<sup>25</sup>. O trabalho vivo em ato é essencialmente micropolítico<sup>26</sup>.

*Se na metade do tempo eu só entrego, na outra metade eu estou no computador fazendo pedido. [E03]*

A epígrafe seguinte representa um pensamento predominante nos discursos, o farmacêutico como gestor administrativo. A função de coordenação do estabelecimento, é dificultada por falta de estrutura física e recursos humanos inadequados para o atendimento da demanda. O trabalho do farmacêutico como profissional de saúde, em algumas situações, fica em segundo plano e a atenção ao usuário acaba ocorrendo, no sentido da fiscalização ao medicamento:

*Hoje o farmacêutico está trabalhando na logística, no setor administrativo e em recursos humanos. [E09]*

*A gente tem uma equipe reduzida na farmácia e o movimento é cada vez maior. [E07]*

*Acompanhar o paciente, é isso que a gente acaba fazendo todo momento aqui na dispensação, como fiscalizador, como um fiscal da prescrição [...] fiscalizador de dose, de data de receita, de legislação, acaba sendo um general sanitário. [E12]*

A literatura apresenta uma importante discussão sobre os modelos de dispensação de medicamentos em farmácias públicas e as estratégias e possibilidades para sua implementação. Observa-se que, em grande parte, a dispensação acontece de forma administrativa e pouco humanizada, cujo principal objetivo é o atendimento correto da prescrição<sup>27,28</sup>.

A Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos (PNAUM), que analisou 1.175 farmácias/unidades dispensadoras vinculadas à AB, mostrou que o foco do trabalho nesses locais é a acessibilidade dos produtos, e que frequentemente, tratam-se de locais pequenos, com grades ou outras barreiras entre o usuário e o trabalhador e sem guichês individuais<sup>29</sup>.

### ***Macropolítica de um território chave***

O trabalho do farmacêutico nos serviços farmacêuticos de AB é permeado por fatores macropolíticos externos e as dificuldades são atribuídas a movimentos políticos, não necessariamente relacionadas à sua chefia imediata:

*Tu tens que estar na política porque a farmácia é muito vista, tudo tem que funcionar.*  
[E09]

*Querendo ou não, minha chefe como farmacêutica, reconhece que a gente está sufocado, que a gente está desgastado, que a gente está fora do nosso papel, mas às vezes não depende só dela entendeu, as coisas são trancadas por movimentos políticos.* [E09]

Silva Oliveira e Alves do Nascimento.<sup>30</sup> indicam que a implementação de uma assistência farmacêutica efetiva na esfera municipal passa necessariamente pela conscientização e sensibilização dos gestores, para a importância de investimentos em estrutura física, organização dos processos e educação permanente dos trabalhadores envolvidos.

### **Formação em serviço e educação permanente**

As oportunidades de formação e desenvolvimento é incipiente para os profissionais. Quando a finalidade é unicamente a entrega de medicamento, não há disponibilidade de tempo para a incorporação de novas práticas<sup>30</sup>. Mesmo os espaços de reunião de equipe ou reunião entre os profissionais farmacêuticos do município são escassos:

*A gente não consegue ter um tempo de educação permanente, porque quando a gente tem que fazer reunião de equipe, a gente tem que fechar e isso dá um estresse, porque a população não está sendo atendida.* [E09]

*Nem sei quando foi a última reunião dos farmacêuticos todos juntos, mas é tudo com assuntos fechados para nos passar ordens [...] essa postura muito repreensiva, e não com o sentido de discutir.* [E12]

Com a escassez de reuniões e uma comunicação à distância limitada, os profissionais trouxeram a demanda por uma comunicação adequada e eficaz entre os farmacêuticos do município, o que permitiria troca de experiências, qualificação e uniformização dos serviços.

*Na realidade não tem um padrão [de atuação] [...] Só por WhatsApp fica bem difícil de a gente trocar uma experiência, né?! Então realmente não sei o que está acontecendo nos outros lugares. Não faço ideia.* [E13]

*Não sei como é que estão as outras Distritais, se elas têm os fluxos semelhantes aos nossos, porque aqui na prefeitura [...] as rotinas internas acho que não são uniformes.*  
[E12]

### **Farmacêutico como profissional de saúde**

*O farmacêutico tem que refletir, [...] tem que pensar um pouco mais sobre o papel real, o que a gente está fazendo aqui, quem a gente está atendendo, se é a vigilância sanitária ou se é o paciente. Será que a gente consegue juntar os dois?* [E13]

*Acho que o verdadeiro desafio da nossa profissão é como medir o impacto que a gente gera às pessoas?* [E03]

Essa mudança de paradigma deve passar pela mudança de foco do profissional, centralizando no usuário e não no medicamento<sup>27,28,30,31</sup>. Ainda que seja um insumo essencial, o medicamento é fruto de um trabalho morto, acabado, que por si só não gera cuidado em saúde. É necessário fazer a transição dessa prática medicamento-centrada para uma usuário-centrada, baseada num trabalho vivo em ato, que envolva a produção de cuidado, acolhimento, vínculo<sup>30,31,33</sup>.

A prática do cuidado farmacêutico resgata o papel do farmacêutico na saúde das pessoas. Os entrevistados expressam consenso no benefício dessa prática para profissão e para os usuários atendidos. Iniciativas de implantação dessa prática profissional são relatadas, embora de forma incipiente.

*[...] se envolver realmente no processo do cuidado. Acho que esse é o grande caminho.*  
[E08]

Adicionais aos obstáculos estruturais já mencionados, a dificuldade em oferecer uma orientação qualificada aos usuários está relacionada à posição da Farmácia Distrital no processo de atendimento, sendo geralmente o último serviço a atender o usuário e, dessa forma, recebe-o após um acúmulo de adversidades atravessadas no sistema de saúde<sup>27</sup>.

No mesmo sentido, é uma oportunidade de sensibilizar o usuário para adesão à terapia<sup>30,32</sup>. É importante que os profissionais envolvidos no sistema de saúde estejam atentos a esse *itinerário terapêutico* percorrido pelos usuários, na busca por soluções aos seus problemas de saúde<sup>33</sup>.

*Acho que atenção farmacêutica não é só seguimento farmacoterapêutico, né, atenção farmacêutica é a sala de espera que eu faço, é a oficina de glicosímetros, é o grupo de diabetes mellitus. É inclusive a orientação que eu faço para as equipes. [E13]*

### **Território Distante**

No âmbito das unidades de saúde em que os serviços farmacêuticos estão inseridos, apesar da proximidade física, relatou-se uma grande distância para atuação profissional e diálogo com as equipes.

*A gente está dentro de uma unidade básica, dentro de uma unidade de saúde, e muitas vezes a gente não conhece os outros profissionais. Essa é a realidade do farmacêutico, né. E os outros profissionais não nos conhecem. [...] se a gente quiser mudar essa visão que as pessoas têm de que o farmacêutico é só um entregador de remédio, [...] a gente precisa primeiro mudar a visão da equipe da gente. [E07]*

Essa interação limitada com a equipe de saúde indica como causa o uso quase exclusivo de tempo pelo farmacêutico para resolução de problemas operacionais na farmácia, com ações voltadas à redução de filas<sup>30,34</sup>. As iniciativas para tentar mudar esse cenário são variadas e partem dos farmacêuticos, que tentam melhorar a participação e comunicação com as equipes das unidades de saúde. Os discursos trazem numerosas possibilidades para inserção dos farmacêuticos nas unidades de saúde:

*A gente aqui ainda consegue também se integrar um pouco no próprio ambiente, aqui no posto, participando de alguns grupos, de idosos, de hipertensão, de tabagismo, a gente consegue um encontro por mês, mais ou menos. [E10]*

*Alguns dos problemas que chegam para atenção básica, eles podem ter sido causados por medicamentos, mas não tem ninguém para avaliar isso. [...] Falta esse papel, de alguém que avalie a prescrição ao longo do caminho na atenção básica. [E12]*

Sendo um macrocomponente da RAS<sup>8</sup>, espera-se que a assistência farmacêutica interaja com as ESF para que se configure um melhor atendimento às necessidades do usuário<sup>32</sup>. A atuação clínica do farmacêutico, está relacionada com a possibilidade de inserção na equipe.

*Quando o profissional farmacêutico é capacitado para a clínica, [...] acaba assumindo um outro papel dentro da atenção básica, se tornando referência. [E03]*

## Território Desconhecido

A interação do profissional farmacêutico com a RAS acontece de forma frágil e esporádica. Essa demanda apontada nas entrevistas é em parte decorrente da ausência de farmacêuticos em algumas unidades de saúde.

*Nós temos uma demanda grande de dispensação porque nas unidades de saúde não se tem a presença do profissional farmacêutico. [E06]*

A centralização de medicamentos essenciais, antimicrobianos e psicotrópicos, nas farmácias distritais é dificultador do acesso, e com frequência leva ao rompimento do itinerário terapêutico dos usuários<sup>34</sup>. A alta demanda e da ausência de profissionais nas unidades de saúde, a inserção do farmacêutico na RAS é permeada pela cultura da profissão ao longo do tempo, que apresenta dificuldades para comunicação interprofissional e para o trabalho multiprofissional.

*A gente está aprendendo o papel de se inserir na rede. [E07]*

A própria comunicação entre os farmacêuticos do município é insuficiente. A comunicação adequada é vista como um componente necessário para o trabalho em rede, bem como a liberdade para gerir o território, em contraposição à falta de flexibilidade da gestão.

*Acho que ainda falta uma comunicação maior e uma rede melhor entre todos os colegas, isso daí começaria a fazer o fluxo ser melhor. [E08]*

A fragmentação no sistema de saúde é uma realidade que afeta diretamente a experiência dos usuários em seus itinerários, marcadas por cuidados descontinuados, ausência de papéis e fluxos claramente definidos, baixa qualidade dos processos de regulação, entre outros<sup>35</sup>. O questionamento sobre a atuação do profissional na RAS trouxe à tona possibilidades de inserção/integração do farmacêutico nessa rede.

*O farmacêutico, necessita assumir o olhar de gestão clínica, para dar ao setor de saúde uma informação essencial: como as pessoas estão sendo cuidadas. [E03]*

## Considerações Finais

A análise dos discursos contribuiu para o entendimento da forma como os entrevistados compreendem os territórios da profissão farmacêutica. A atuação profissional, parece estar restrita ao território dos serviços farmacêuticos da AB distanciados da RAS e do trabalho em

equipe interprofissional. As macros e micro políticas que perpassam o espaço da atenção básica à saúde impactam nos territórios de fazer dos serviços farmacêuticos na AB.

Como limitante deste estudo podemos sinalizar a rotatividade dos entrevistados nos cargos que ocupam, uma vez que os farmacêuticos poderiam estar se revezando entre os serviços farmacêuticos prestados, o que atribui temporalidade aos relatos observados.

Este estudo sinaliza a necessidade de compreensão do território dos farmacêuticos nos serviços farmacêuticos da Atenção Básica à Saúde visando estabelecer formas de atuação adequadas para os serviços farmacêuticos da Atenção Básica no contexto dos 5570 municípios contemplados na Política Nacional de Assistência Farmacêutica conforme o preconizado na Lei 8080/90.

### Referências

1. Saturnino LTM, Perini E, Luz ZP, Modena CM. Farmacêutico: um profissional em busca de sua identidade. *Rev Bras Farm* 2012;93(1):10-16.
2. Angonesi D, Sevalho G. Pharmaceutical care: conceptual and critical basis to a Brazilian model. *Cien Saude Colet* 2010;15(Suppl3):3603-14.
3. Almeida RB, Mendes DHC, Dalpizzol PA. Ensino farmacêutico no Brasil na perspectiva de uma formação clínica. *Rev Ciênc Farm Básica Apl* 2014;35(3):347-354.
4. Spada C, Chagas JR, Silva KFF, Castilho SR. Farmácia. In: Haddad, AE et al. (Org.). A trajetória dos cursos de graduação na saúde: 1991 - 2004. Brasília: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira; 2006. p. 169-99.
5. Pereira LRL, Freitas O. A evolução da Atenção Farmacêutica e a perspectiva para o Brasil. *Rev Bras Cienc Farm* 2008;44(4):601-12.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Cuidado farmacêutico na atenção básica. [internet] Brasília. Ministério da Saúde 2015 [acessado 2020 Set 03]. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado\\_farmaceutico\\_atencao\\_basica\\_saude\\_4\\_1ed.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_farmaceutico_atencao_basica_saude_4_1ed.pdf)
7. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria MS/GM nº4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [portaria na internet]. Diário Oficial da União 31 dez 2010 [acessado 2020 Set 03]. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279\\_30\\_12\\_2010.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html)

8. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-americana da Saúde; 2011. [acessado 2020 Set 08]. Disponível em:  
[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes\\_de\\_atencao\\_saude.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf)
9. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria MS/GM nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização de Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [portaria na internet]. Diário Oficial da União 22 set 2017 [acessado 2020 Set 03]. Disponível em:  
[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html)
10. Saquet MA. As diferentes abordagens do território e a apreensão do movimento e a (i)materialidade. *Geosul* 2007;22(43):55-76.
11. Abrahao AL, Merhy EE. Formação em saúde e micropolítica: sobre conceitos-ferramentas na prática de ensinar. *Interface (Botucatu)* 2014;18(49):313-24.
12. Faria RM, Bortolozzi A. Território e saúde na geografia de Milton Santos: teoria e métodos para o planejamento territorial do Sistema Único de Saúde no Brasil. *Ra'e Ga* 2016;38:291-320.
13. Raffestin C. Por uma geografia do poder. 1ª ed. São Paulo: Ática; 1993
14. Raffestin C. Space, territory and territoriality. *Environ Plann D* 2012;30:121-41.
15. Gondim GMM. Territórios da Atenção Básica: múltiplos, singulares ou inexistentes [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2011.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria MS/GM nº 3.916, de 30 de outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos [portaria na internet]. Diário Oficial da União 10 nov 1998 [acessado 2020 Set 03]. Disponível em:  
[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3916\\_30\\_10\\_1998.html#:~:text=Aprovada%20pela%20Comiss%C3%A3o%20Intergestores%20e,da%20popula%C3%A7%C3%A3o%20%C3%A0s%20considerados%20essenciais%22](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3916_30_10_1998.html#:~:text=Aprovada%20pela%20Comiss%C3%A3o%20Intergestores%20e,da%20popula%C3%A7%C3%A3o%20%C3%A0s%20considerados%20essenciais%22).
17. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 338, de 06 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica [portaria na internet]. Diário Oficial da União 20 mai 2004 [acessado 2020 Set 03]. Disponível em:  
[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2004/res0338\\_06\\_05\\_2004.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2004/res0338_06_05_2004.html)
18. Merhy EE. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas – contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor saúde. *Interface (Botucatu)* 2000;4(6):109-16.
19. Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. 4ed. Porto Alegre: Bookman; 2010.
20. Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Saturation sampling in qualitative health research: theoretical contributions. *Cad Saude Publica* 2008;24(1):17-27.

21. Fontanella BJB, Luchesi BM, Saidel MGB, Ricas J, Turato ER, Melo DG. Sampling in qualitative research: a proposal for procedures to detect theoretical saturation. *Cad Saude Publica* 2011;27(2):388-94.
22. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2016.
23. Guattari F, Rolnik S. Micropolítica: cartografias do desejo. 4ed. Petrópolis: Vozes; 1996.
24. Feuerwerker LCM. Micropolítica e saúde: produção do cuidado. 1ed. Porto Alegre: Rede UNIDA; 2014. (Coleção Micropolítica do trabalho e o cuidado em saúde). Disponível em: <http://historico.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/colecao-micropolitica-do-trabalho-e-o-cuidado-em-saude/micropolitica-e-saude-pdf>
25. Franco TB. As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RB (Orgs.). Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Rio de Janeiro: CEPESC; 2006. p. 459-75. Disponível em: <https://www.cepesc.org.br/wp-content/uploads/2013/08/gestao-em-redes-final.pdf>
26. Franco TB, Merhy EE. Cartografias do trabalho e cuidado em saúde. *Tempus, actas de saúde colet* 2012;6(2):151-63.
27. Araujo ALA, Pereira LRL, Ueta JM, Freitas O. Pharmacist care in the Brazilian primary health care system. *Cien Saude Colet* 2008;13(Suppl):611-7.
28. Angonesi D. Pharmaceutical dispensing: an analysis of diferente concepts and models. *Cien Saude Colet* 2008;13(Suppl):629-40.
29. Leite SN, Bernardo NLMC, Álvares J, Junior AAG, Costa EA, Acurcio FA, Guibu IA, Costa KS, Karnikowski MGO, Soeiro OM, Soares L. Medicine dispensing servisse in primary health care of SUS. *Rev Saude Publica* 2017;51(suppl 2):11s.
30. Silva Oliveira TA, Alves do Nascimento AM. Pharmaceutical assistance in the Family Healthcare Program: points of affinity and discord in the organization process. *Cien Saude Colet* 2011;16(9):3939-49.
31. Carvalho MN, Álvares J, Costa KS, Guerra Junior AA, Acurcio FA, Costa EA, Guibu IA, Soeiro OM, Karnikowski MGO, Leite SN. Workforce in the pharmaceutical services of the primary health care of SUS, Brazil. *Rev Saude Publica* 2017;51(suppl 2):16s.
32. Bueno D, Machado AR. Avaliação dos dispensários do distrito sanitário Glória-Cruzeiro-Cristal Porto Alegre-RS. *Rev APS* 2011;14(1):4-11.
33. Guerin GD, Rossoni E, Bueno D. Therapeutic itineraries of users of medication in a unit of the Family Health Strategy. *Cien Saude Colet* 2012;17(11):3003-10.
34. Bueno D, Sampaio GC, Guerin GD. Análise do acesso a medicamentos em uma unidade do Programa de Saúde da Família em Porto Alegre. *Rev APS* 2013;16(1):83-9.

35. Almeida PF, Medina MG, Fausto MCR, Giovanella L, Bousquat A, Mendonça MHM. Coordenação do cuidado e atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde. *Saúde Debate* 2018;42(n.spe1):244-60.

**Como citar:** Loss GS, Alves-Zarpelon SP, Bueno D. Compreensão de território nos serviços farmacêuticos da atenção básica à saúde: um estudo qualitativo . **Saúde em Redes.** 2022; 8 (1). DOI: 10.18310/2446-4813.2022v8n1p69-83

**Recebido em: 11/09/20**

**Aprovado em: 24/05/21**