

**“CASAS DE SAÚDE” E ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA:
DESAFIOS DA SAÚDE INDÍGENA EM BELÉM E MACAPÁ**

RESUMO

A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas contempla em sua diretriz *Promoção do Uso Racional de Medicamentos*, a Assistência Farmacêutica enquanto prática orientada a garantir medicamentos essenciais para os povos indígenas a partir das necessidades e especificidades dos DSEIS responsáveis. Portanto, pesquisar a prática desta assistência nas Casas de Apoio à Saúde Indígena Icoaraci e do Amapá, se tornou objetivo central desta pesquisa. Trata-se de um estudo exploratório, de caráter descritivo na qual foram empregados métodos qualitativos. Para a coleta de informações, aplicou-se um roteiro de entrevista e de observação, aos profissionais responsáveis pelo “gerenciamento” do medicamento nas CASAIS estudadas e aos espaços onde foram encontrados medicamentos, respectivamente. Os resultados obtidos foram categorizados em: a) recursos humanos, b) Infra-estrutura da farmácia e c) Organização do serviço. Os dados indicam que a prática da Assistência Farmacêutica na CASAI Icoaraci e do Amapá é reduzida ao processo de aquisição, armazenamento e distribuição sendo o controle de estoque de medicamentos, considerada a sua principal função. Ainda que pesem os esforços em se garantir o acesso dos usuários indígenas aos medicamentos prescritos, fragilidades e desacertos despontaram quando foram observadas a estrutura de recursos humanos e de espaço destinada à operacionalização da Assistência Farmacêutica nas CASAIS estudadas. A não capacitação dos profissionais envolvidos nas ações em Assistência Farmacêutica sobre tal atividade, a inadequação dos requisitos que compõem o espaço “farmácia” bem como os equívocos encontrados em se praticar esta assistência, inclusive não atendendo às especificidades e dados epidemiológicos dos DSEIS, comprometem a qualidade do medicamento destinado ao usuário indígena e principalmente, desrespeita seu direito à promoção, proteção e recuperação de sua saúde.

Palavras-chave: Assistência Farmacêutica; Casa de Apoio à Saúde Indígena; Saúde Indígena.

ABSTRACT

The National Politics of Attention to the Health of the indigenous peoples contemplates in its line of direction Promotion of the Rational Medicine Use, practical the Pharmaceutical Assistance while guided to guarantee essential medicines for the indigenous peoples from the necessities and specificities of the responsible DSEIS. Therefore, to search the practical one of this assistance in the Houses of Support to the Indigenous Health (HSIH) Icoaraci and Amapá, if became central objective of this research. One is about a exploratory study, of descriptive character in which had been used qualitative methods. For the collection of information, a script of interview and comment was applied, to the responsible professionals for the "management" of the medicine in the studied houses and to the spaces where medicines had been found, respectively. The gotten results had been categorized in: a) the human resources, b) Infrastructure of pharmacy and c) Organization of the service. The data indicate that the practical one of the Pharmaceutical Assistance in Icoaraci and Amapá's HSIH are reduced to the process of acquisition, storage and distribution of medicines having been the control of medicine supply, considered its main function. Still that they weigh the efforts in if guaranteeing the access of the indigenous users to prescribed medicines, fragilities and mistakes had blunted when they had been observed the structure of human resources and space destined to the operacionalization of the Pharmaceutical Assistance in the studied HSIH. Not the qualification of the involved professionals in the actions in Pharmaceutical Assistance on such activity, the inadequated of the requirements that compose the space "pharmacy" as well as the mistakes found in if practising this assistance, also not taking care of to the specificities and data epidemiologists of the DSEIS, mainly compromises the quality of the medicine destined to the indigenous user and, disrespects its right to the promotion, protection and recovery of its health.

Key-words: Pharmaceutical Assistance; House of Support to the Indigenous Health; Indigenous Health.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 01. Etapas da Assistência Farmacêutica.....	16
FIGURA 02. Fluxo de Organização e Modelo assistencial do DSEI.....	31
FIGURA 03. Mapa dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas.....	32
FIGURA 04. Croqui da CASAI do Amapá.....	35
FIGURA 05. Fachada da CASAI do Amapá.....	36
FIGURA 06. Croqui da CASAI Belém.....	39
FIGURA 07. Medicamentos armazenados na área interna da sala que funciona com o depósito.....	55
FIGURA 08. Armário de aço da Farmácia-auxiliar da CASAI do Amapá.....	56
FIGURA 09. Elo de contato da farmácia com os pacientes e profissionais da CASAI do Amapá.....	57
FIGURA 10. Área interna da antiga farmácia da CASAI do Amapá.....	57
FIGURA 11. Área interna da farmácia da CASAI do Amapá.....	59
FIGURA 12. Porta de entrada ao posto de enfermagem da CASAI Belém.....	60
FIGURA 13. Formulário padronizado para pedido de medicamento da CASAI Belém.....	64
FIGURA 14. Formulário padronizado para pedido de medicamento da CASAI do Amapá.....	66
FIGURA 15. Armário fechado de aço da sala de enfermagem da CASAI do Amapá....	68

LISTA DE QUADROS

QUADRO 01. Capacitação dos profissionais responsáveis pela Assistência Farmacêutica na CASAI do Amapá.....	51
QUADRO 02. Responsabilidades na gestão dos medicamentos (Assistência Farmacêutica) da CASAI Belém.....	54
QUADRO 03. Requisitos para a seleção de medicamentos.....	61
QUADRO 04. Cronograma de “programação” de medicamentos nas CASAI’s	64
QUADRO 05. Semelhanças e divergências no atendimento de requisitos de armazenamento de medicamentos nas CASAI’s	70

LISTA DE ABREVIATURAS

AF- Assistência Farmacêutica
AIS - Agente Indígena de Saúde
CASAI - Casa de Saúde Indígena
CNS - Conferência Nacional de Saúde
CORES - Coordenações Regionais
DESAI - Departamento de Saúde Indígena
DSEI - Distrito Sanitário Especial Indígena
EMSI - Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena
FUNAI - Fundação Nacional de Saúde
FUNASA - Fundação Nacional de Saúde
GUATOC - Guamá-Tocantins
MPAS – Ministério da Previdência e Assistência à Saúde
OMS - Organização Mundial de Saúde
PNM - Política Nacional de Medicamentos
PS – Posto de Saúde
RENAME – Relação Nacional de Medicamentos Especiais
SASI - Subsistema de Atenção à Saúde Indígena
SN - Sem número
SUS - Sistema Único de Saúde
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UA - Unidade de Apoio

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	01
1.Assistência Farmacêutica na Saúde Indígena: (novo) tema em estudo.....	01
2.A pesquisa sobre Assistência Farmacêutica na Saúde Indígena e suas fragilidades..	03
3.Considerações sobre a problemática	06
4.Estrutura da dissertação.....	10
CAPÍTULO I - ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA: REVISÃO TEÓRICA	12
1.Os caminhos percorridos para a viabilização da Assistência Farmacêutica na Política Nacional de Saúde.....	12
2.A reorientação da Assistência Farmacêutica: de logística à agregação de valores....	16
3.Trilhando caminhos para a viabilização da Assistência Farmacêutica na Política de Saúde Indígena.....	26
CAPÍTULO II - CASAI: LOCUS DE INDAGAÇÕES E INQUIETUDES	30
1.Considerações sobre a Distritalização Indígena.....	30
2.Critério de escolha do <i>locus</i>	32
CAPÍTULO III - CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS	42
1.Considerações sobre a pesquisa.....	43
CAPÍTULO IV - “PRATICANDO” ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NA CASAI	49
1.Considerações sobre os Recursos Humanos.....	50
2.Infra-estrutura do espaço destinado aos medicamentos: farmácia.....	55
3.Organização do serviço: entendendo a lógica da Assistência Farmacêutica prestada.	60
CONSIDERAÇÕES FINAIS	73
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	77
APÊNDICES	
ANEXOS	

INTRODUÇÃO

1. Assistência Farmacêutica na Saúde Indígena: (novo) tema em estudo

Pesquisar sobre a Assistência Farmacêutica (AF)¹ na Saúde Indígena significa abordar um tema com incipiente número de publicações na área acadêmica. Afirmando isto, porque ao realizar revisão de literatura sobre saúde indígena, identifiquei uma escassez de registros específicos sobre medicamentos entre os índios brasileiros. Especialmente, sobre a forma como o gerenciamento do medicamento é operacionalizado nas instituições que oferecem serviços de saúde para estes povos, ao contrário do que se pode verificar quando se trata de contextos nativos em outros países, conforme relatado por Diehl (2001).

A maioria das pesquisas antropológicas que enfoca a questão da saúde de populações indígenas no Brasil tem privilegiado a abordagem sobre as interpretações nativas de doença e as terapêuticas tradicionais de cura, mais especificamente no que se refere aos remédios indígenas (Diehl, 2001). Acredito que o interesse por estes temas esteja diretamente relacionado à antiga, porém autêntica, influência dos mesmos sobre o contexto cultural indígena, principalmente nas práticas de cuidados à saúde.

No entanto, Diehl (2001) considera que existem evidências em relatos literários ou científicos, sinalizadoras de que o processo de interação entre índios brasileiros e a sociedade não-indígena envolveu, desde longa data, a oferta de medicamentos, o que me fez indagar sobre como esta relação é estabelecida em suas práticas de cura. Para Nichter (1996: 275), “o crescente apelo das populações indígenas aos remédios ocidentais deve-se à promessa de controle da febre e da dor, redução da ansiedade e aumento de confiança”, caracterizando o medicamento enquanto uma espécie de “pílula mágica”, segundo Léfèvre (1991).

¹ Por Assistência Farmacêutica, compreende-se um conjunto de ações desenvolvidas pelo farmacêutico, e outros profissionais de saúde, voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto no nível individual como no coletivo, tendo o medicamento como insumo essencial. Seu ciclo logístico é composto pelas etapas de seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição e dispensação de medicamentos. Sobre o assunto, consultar BRASIL. Ministério da Saúde. *Manual de Organização da Assistência Farmacêutica*. 2002.

Os achados da pesquisa realizada por Garnello e Wright (2001), apontam a significativa demanda por medicamentos entre os *Baníwa*, caracterizando este contato com o recurso terapêutico ocidental como “o acesso ao processo civilizatório” (Garnello & Wright, 2001: 282). A acessibilidade a uma das principais tecnologias da biomedicina, ou seja, o medicamento é tão importante para este grupo indígena que as lideranças *Baníwa* consideram a falta de remédios como a exclusão de benefícios sociais à aldeia.

A intensa medicalização também foi observada por Novaes (1996; 1998), durante pesquisa de campo entre os *Wari’* de Rondônia. Tal estudo restringiu-se à avaliação do consumo de medicamentos no serviço de farmácia do posto indígena mantido em uma aldeia pela Fundação Nacional do Índio (FUNAI), durante 04 meses. Dentre os resultados encontrados, a pesquisadora identificou que aproximadamente 66% da população total da aldeia recorreram aos serviços médicos, sendo que deste total, 86% consumiram medicamentos, conforme citado por Diehl (2001).

Tal aumento de demanda das populações indígenas ao consumo de medicamentos tende a expô-los aos riscos inerentes a este uso, desde a utilização indiscriminada de medicamentos (por exemplo, os antibióticos) até a ocorrência de reações adversas medicamentosas, em alguns casos, fatais. Sendo assim, o acesso da população indígena a medicamentos essenciais², eficazes, seguros e sob orientação adequada quanto ao uso, está longe de ser alcançado sem a estruturação de uma política de Assistência Farmacêutica nos setores de saúde que os assistem, visto que, a premissa do acesso e uso racional de medicamentos³ perpassa as diretrizes da referida política.

Segundo Diehl (2001), no contexto brasileiro, talvez com particular intensidade na região amazônica, a idéia de um posto indígena eficiente passa pela existência de uma farmácia bem estruturada. Deste modo, refletir sobre como é dada esta estruturação e que políticas e normas são adotadas para a garantia do acesso de medicamentos aos

² Segundo a OMS (2002) Medicamentos Essenciais são aqueles que satisfazem às necessidades prioritárias de cuidados da saúde da população.

³ A premissa de racionalizar a utilização do medicamento ou uso racional do medicamento requer que o paciente receba a medicação apropriada para a sua situação clínica, nas doses que satisfaçam as necessidades individuais, por um período adequado e ao menor custo possível para ele e para a comunidade. Sobre o assunto, consultar ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, *Uso racional de los medicamentos*. Informe de la Conferencia de Expertos, Nairobi. Ginebra: 1986.

indígenas, não somente no posto indígena, mas também, nas demais localidades de atendimento assistencial pertencentes à instituição responsável pela saúde destes povos, apresenta-se inovador e simultaneamente urgente.

Através da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas foi estabelecida a garantia do acesso destes à atenção integral à saúde, de acordo com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). As ações de assistência terapêutica, inclusive a farmacêutica, fazem parte do campo de atuação do SUS, segundo a lei orgânica 8.080/90 (Brasil, 1990). No entanto, as ações desta assistência na Política de Saúde Indígena devem atender às especificidades epidemiológicas dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIS), o que é bastante desafiador frente às dificuldades de registro destes dados, descritas mais adiante.

2. A pesquisa em Assistência Farmacêutica na Saúde Indígena e suas fragilidades

Lembro que antes de iniciar a elaboração do projeto desta pesquisa, fui interrogada por uma colega do mestrado sobre minha experiência de contato com populações indígenas e, acerca dos meus conhecimentos em Antropologia.

Tal pergunta fez reconhecer que a minha formação acadêmica, fortemente influenciada pela “bagagem biomédica”, não possibilitou perceber, *a priori*, da necessidade destes enfoques, pois acreditava que o conhecimento teórico sobre Assistência Farmacêutica adquiridos na graduação em Farmácia-Bioquímica, por intermédio das disciplinas Farmácia-Hospitalar e Planejamento em Saúde, somado à experiência prática durante o exercício de minha profissão na Farmácia Hospitalar do Pronto Socorro Municipal do município onde resido, seriam unicamente necessários para se atingir os objetivos da pesquisa.

No entanto, tratar a magnitude do estudo sob a perspectiva biomédica e antropológica tornou-se necessário, mas, a lacuna sobre antropologia da saúde, especialmente, em populações indígenas, levou-me a refletir sobre o mundo de interrogações e/ou, de estranhamentos, que tal tema poderia me proporcionar.

O contato com leituras sobre culturas diferenciadas foi estabelecido a partir de 2005, quando fui selecionada em um Programa de Pós-Graduação (mestrado). Tentar compreender a leitura antropológica e inserí-la em minha área de atuação era uma tarefa árdua, visto que esse conhecimento não foi contemplado pela teoria biomédica adquirida ao longo de minha formação acadêmica. Quando voltado à saúde indígena, o conhecimento farmacêutico se apresentava nulo, o que freqüentemente me sugeria repensar sobre o tema escolhido a pesquisar.

Diehl (2004), em pesquisa realizada com a etnia Kaingáng (terra indígena Xapecó/Santa Catarina), menciona que o processo de aquisição do conhecimento interdisciplinar em saúde, aliado aos questionamentos sobre seu papel como farmacêutica, tornou evidente que sua contribuição deveria ser no sentido de aplicar esses conhecimentos na saúde indígena, considerado por ela, pouco explorados.

Deste modo, por intermédio das disciplinas ofertadas pelo mestrado, percebi que aliar minha formação biomédica com o estudo antropológico me ajudou a desconstruir idéias, alinhando conceitos e corrigindo rumos, a fim de mudar prioridades sobre alguns temas voltados à saúde. Inclusive, sobre os medicamentos, pois o pensamento biomédico adquirido na graduação leva a pensar que assistência à saúde é sinônimo de aplicação de tecnologias para o bem estar físico e mental, através de instrumentos para intervenção por profissionais de saúde, produzindo assim a chamada “saúde” (Ayres, 2005).

Então, buscar enriquecer a racionalidade biomédica com o construto de outras ciências e de saberes diversos foi imprescindível para a releitura, tanto de minha profissão quanto de minha inserção no provável campo da pesquisa.

Conforme exposto acima, as disciplinas obrigatórias ofertadas pelo mestrado oportunizaram-me a abordagem antropológica. As reflexões envolvendo as sociedades etnicamente diferenciadas foram essenciais para a minha decisão sobre o tema a ser pesquisado, visto que muitas delas eram voltadas aos processos de cura pelos indígenas, indo ao encontro de meus interesses. A disciplina *Antropologia da saúde e da doença*, por exemplo, possibilitou-me o primeiro contato com o tema relativo à saúde indígena,

durante atividade de campo na Casa de Apoio à Saúde Indígena (CASAI) de Belém⁴ e, a partir disto, pude fazer minhas primeiras interrogações sobre o que significava a chamada “saúde indígena”.

Ao longo da referida disciplina, passei a refletir acerca das formas como a antropologia contribui para compreender as características do campo sanitário, ou seja, compreendi que tal área do conhecimento pode auxiliar os profissionais de saúde por meio de estudos de formação e configuração dos sistemas sanitários (científicos e não-científicos); pela interrogação de como se constroem os papéis sociais dos pacientes e, também, dos membros das equipes de saúde; por oferecer juízo crítico dos pressupostos das práticas sanitárias biomédicas, permitindo incorporar a organização social como produtora/mediadora do evento patológico, superando as explicações individualistas fundadas no simplismo da monocausalidade biológica, como aponta Garnelo (2006)⁵.

Tal contribuição permitiu enxergar que, para discutir as relações entre saúde e povos indígenas, deve-se reconhecer que os dados epidemiológicos, a organização, a qualidade dos serviços de saúde e, ainda, as relações entre seus profissionais e os usuários indígenas são, em grande parte, determinadas por contextos de relações inter-étnicas (Langdon, 1999). Temos assim, de um lado, a posição do índio frente ao branco na sociedade e, de outro, a hierarquia dos saberes, sobretudo biomédico, dificultando o exercício das atividades a partir do respeito dos saberes e práticas indígenas.

Portanto, posicionei-me no sentido de questionar se a profissão farmacêutica exercia sua função respeitando as especificidades indígenas, sobretudo, se as populações indígenas são beneficiadas com a prática farmacêutica que lhes é prestada, visto que a crescente demanda aos medicamentos exige a prestação deste serviço farmacêutico.

⁴ Situada no distrito de Icoaraci, a CASAI Icoaraci destina-se a alojar e acompanhar os indígenas encaminhados para atendimento médico-assistencial do Sistema Único de Saúde (SUS) de média e alta complexidade, na capital paraense. Profissionais da área médica, enfermagem, odontológica, assistência social e administrativa, fazem parte do quadro de recursos humanos da referida CASAI.

⁵ Informação concedida pela Prof^a Dr^a Luiza Garnelo durante aula intitulada *A antropologia e a reformulação das práticas sanitárias na atenção básica*, da disciplina *Antropologia da saúde e da doença* ofertada pelo programa de pós-graduação (mestrado) em 2006.

3. Considerações sobre a problemática

O diálogo estabelecido com os profissionais da CASAI Icoaraci, propiciou alguns questionamentos sobre a utilização do medicamento alopático na saúde indígena, pois em seus depoimentos, tal recurso terapêutico era frequentemente apontado.

Estava curiosa por saber mais sobre o profissional responsável pela garantia do medicamento e, também, conhecer as ações realizadas para dispor da medicação prescrita ao usuário indígena. A política de atenção à saúde indígena era naquele momento, assunto novo para mim, portanto, desconhecia quais estratégias eram destinadas à garantia do medicamento em sociedades etnicamente diferenciadas.

Durante discussão dos textos disponibilizados no módulo *Seminário de leitura*⁶, o debate sobre um artigo que objetivava destacar a questão do medicamento e da Assistência Farmacêutica no contexto de atenção à saúde dos povos indígenas no Brasil, foi essencial para o direcionamento da minha pesquisa. Tal publicação informava que a política de saúde indígena, através da portaria nº 254/02 do Ministério da Saúde⁷, assegurava o uso adequado e racional de medicamentos às comunidades indígenas através da prestação de uma Assistência Farmacêutica diferenciada.

A referida portaria ministerial, através de diretriz voltada à promoção do uso racional de medicamentos, propõe que:

[a]ções que envolvem, direta ou indiretamente, a assistência farmacêutica no contexto da atenção à saúde indígena, tais como seleção, programação, aquisição, acondicionamento, estoque, distribuição, controle e vigilância – nesta compreendida a dispensação e a prescrição – devem partir, em primeiro lugar, das necessidades e da realidade epidemiológica de cada Distrito Sanitário e estar orientadas para garantir os medicamentos necessários (MS, Portaria 254/02)

⁶ Seminário ofertado pelo programa de pós-graduação, entre os dias 17 e 18 de março de 2006.

⁷ A referida portaria regulamenta a estrutura organizativa dos serviços de atenção à saúde dos povos indígenas, os quais devem ser prestados pela Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) através do Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI), reconhecendo-o enquanto subsistema do Sistema Único de Saúde (SUS). Sobre o assunto, consultar: MINISTERIO DA SAUDE. *Portaria n.º. 254, 2002*. Disponível em: <<http://www.funasa.gov.br>>.

Diehl e Rech (2004) acreditam que pensar sobre medicamentos e o modelo diferenciado, proposto pela Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, não é tarefa fácil, visto que a complexa dimensão que envolve o uso de medicamentos em contextos locais deve ser pautada por esta realidade epidemiológica.

Souza *et al* (2004) reforçam, ainda mais, a difícil tarefa exposta acima ao afirmarem que o perfil demográfico e epidemiológico dos povos indígenas no Brasil continua muito pouco conhecido, devido à exigüidade de investigações; à ausência de inquéritos regulares, assim como, da precariedade dos sistemas de informações sobre morbidade e mortalidade. Tal consideração levou-me a refletir sobre a real possibilidade da Assistência Farmacêutica exercer seu papel na saúde indígena, de acordo com as considerações da portaria ministerial 254/02.

Soma-se ainda, o fato de que o contato com doenças infecto-parasitárias, como gripe, sarampo, caxumba, tuberculose, infecções respiratórias, provocou a devastação demográfica, a perda de autonomia das populações indígenas, aumentando a dependência dessas populações pela sociedade ocidental, principalmente, após os surtos epidêmicos (Diehl, 2001).

No entanto, em que pesem as grandes diferenças regionais no país e a heterogeneidade social, cultural e epidemiológica das inúmeras etnias, os serviços biomédicos têm sido disponibilizados de maneira descontextualizada em relação a essas realidades, contribuindo mais para o aumento da dependência do que para a efetiva melhoria do estado de saúde das diversas populações (Diehl, 2001).

Segundo Brasil (*apud* Soler, 2004), dada a importância dos serviços de saúde para a qualidade de vida da população, esses serviços representam, hoje, preocupação de todos os gestores éticos do setor, seja pela natureza das práticas de assistência neles desenvolvidas, seja pela totalidade dos recursos por eles absorvidos. Apesar do volume de serviços prestados pelo sistema de saúde, ainda há parcelas da população brasileira excluídas de algum tipo de atenção e, neste caso, a população indígena se posiciona entre aquelas que podem ser consideradas como desassistidas.

Dentre esses serviços prestados pelo sistema de saúde, em geral, observa-se a desarticulação das ações da Assistência Farmacêutica, devido à dificuldade de concepção e de gestão do seu ciclo, que muitas vezes é fragmentada e sem estrutura organizacional definida. Tal questão leva à falta ou inadequação de medicamentos para atender às necessidades terapêuticas da população que recorre aos setores de assistência à saúde.

Diehl (2001) aponta que, se os dados sobre a saúde indígena são poucos e esparsos, o mesmo se diz sobre referências concernentes à utilização dos serviços de atenção biomédica que lhes são dispensados. Portanto, reforço a necessidade de se disponibilizar dados sobre a Assistência Farmacêutica que é praticada na saúde indígena, a fim de se ter um panorama mais nítido sobre o assunto.

Além do mais, partindo da premissa de que a Assistência Farmacêutica busca garantir o acesso da população a medicamentos essenciais, é válido ressaltar as inúmeras denúncias sobre a falta de medicamentos que, para as lideranças indígenas, é uma das principais causas das mortes ocorridas nas aldeias.

Em 26 de janeiro de 2006, caciques Munduruku criticaram o descaso da instituição federal responsável pela saúde indígena, apresentando uma relação com nome e idade dos 26 índios, incluindo recém-nascidos e adultos, que morreram em 2005 por não terem recebido tratamento rápido e adequado da referida instituição na região do oeste paraense. Os caciques reclamaram que muitas das pessoas que morreram poderiam ter sido salvas, se a instituição fosse mais presente nas aldeias, levando não apenas médicos e enfermeiros, mas, sobretudo, medicamentos, para cuidar de doenças como pneumonia, diarreia, malária e desnutrição infantil⁸.

Entretanto, este tipo de denúncia também compete às instituições de apoio à saúde indígena. Em nota divulgada no jornal *O Liberal*⁹, os índios alojados na Casa de Apoio à Saúde Indígena de Belém denunciaram as más condições de higiene e

⁸ Reportagem disponível em: <http://www.socioambiental.org/nsa/doc/crono.html> Acesso em 25/11/06.

⁹ Reportagem intitulada “Na ‘casa do índio’ Coordenador da FUNASA vira refém”, no caderno Atualidades do jornal *O Liberal*, em 03 de fevereiro de 2006.

alimentação, como também, a falta de medicamentos na referida casa. O depoimento à jornalista sobre tal fato explicita a gravidade da situação:

Voltamos do hospital, onde o médico passou o remédio, mas quando chegamos aqui, temos que esperar mais de um mês para receber a medicação.” (Francisco Tembê, 2006)¹⁰

Depoimentos desta natureza se tornaram freqüentes no contexto da saúde indígena. As causas e conseqüências relacionadas à falta de medicamentos devem ser questionadas, no entanto, as reportagens deixam a desejar, quando não apontam as fragilidades políticas, estruturais e operacionais, responsáveis pelo não abastecimento de medicamentos nos serviços de saúde indígenas. A falta de uma política efetiva de Assistência Farmacêutica na saúde indígena pode ser uma delas.

Bermudez (1999) retrata em suas publicações, o desafio de inserir a Política Nacional de Assistência Farmacêutica no âmbito da Política Nacional de Saúde (PNS), conforme o autor:

Temos pela frente um enorme desafio, o da luta sem trégua pela construção e consolidação de um modelo digno de atenção à saúde, que inclua a assistência farmacêutica e o acesso da população brasileira aos medicamentos essenciais, assegurando o exercício pleno da cidadania. (Bermudez, 1999)

Na saúde indígena, tal inserção ainda é pouco mencionada por outros autores das ciências farmacêuticas, reforçando a necessidade de se discutir a realidade e as lacunas sobre este tema na assistência à saúde indígena.

Deste modo, a presente pesquisa busca estudar a Assistência Farmacêutica nas Casas de Apoio à Saúde Indígena (CASAI) de Icoaraci e do Amapá, tentando identificar o espaço destinado ao medicamento nas CASAIS do Amapá e de Icoaraci bem como estabelecer um diálogo com os funcionários responsáveis pelo “gerenciamento” da Assistência Farmacêutica quanto à sua formação profissional e atividade realizada na CASAI a fim de se comparar as atividades desenvolvidas em Assistência Farmacêutica, nas CASAIS Icoaraci e do Amapá, com a recomendada na literatura e legislação vigente, identificando os desafios no desenvolvimento desta prática.

¹⁰ Depoimento de Francisco Tembê, conhecido como Chico Rico, ao jornal O Liberal, em 03 de fevereiro de 2006.

4. Estrutura da dissertação

Na tentativa de facilitar a compreensão do leitor sobre a pesquisa realizada, procurei inicialmente apresentar uma abordagem teórica sobre o tema Assistência Farmacêutica e Casa de Apoio à Saúde Indígena, dado o possível estranhamento que tais assuntos poderiam ocasionar ao mesmo. Além deste conteúdo teórico, apresento as estratégias metodológicas utilizadas em campo bem como a discussão dos achados observados e coletados no mesmo, na premissa de que a presente pesquisa possa ser facilmente socializada entre os interessados sobre o assunto.

Para melhor esclarecimento sobre a estruturação desta dissertação, apresento ao leitor o título dos capítulos e a intenção de seu conteúdo, conforme descrito abaixo:

No capítulo I, intitulado *Assistência Farmacêutica: revisão teórica*, a proposta é a de contextualizar a Assistência Farmacêutica em dois momentos históricos: sua implementação na Política Nacional de Saúde e sua posterior inserção na Política Nacional de Saúde Indígena. Os achados da pesquisa bibliográfica e documental para realização deste construto teórico permitirão ao leitor dimensionar o papel da Política Nacional de Medicamentos, sobretudo, da Política de Assistência Farmacêutica para as diversas sociedades, inclusive, as indígenas.

No capítulo II *CASAI: locus de indagações e inquietudes* busco familiarizar o leitor com o espaço onde foi realizada a pesquisa. As estruturas organizacionais das CASAIS Icoaraci e do Amapá, seus recursos humanos e suas infra-estruturas serão consideradas, no intuito de se apresentar as condições, bem como o contexto da prestação de alguns serviços de saúde nas referidas CASAIS, principalmente no que tange aos medicamentos.

No capítulo III, denominado *Considerações metodológicas* apresento os caminhos percorridos para a viabilização da pesquisa. Os motivos que me levaram ao direcionamento da pesquisa e a escolha do *locus* além da definição dos interlocutores e das estratégias utilizadas em campo.

No capítulo IV “*Praticando*” *Assistência Farmacêutica na CASAI*, busco socializar com o leitor as informações obtidas durante pesquisa de campo. Os dados coletados foram organizados de acordo com o local da coleta e, sob análise descritiva, foram incorporados na discussão deste capítulo.

As *Considerações finais* procuram retomar alguns achados em campo que são julgados centrais para uma abordagem interdisciplinar dos medicamentos, os quais podem ser importantes instrumentos para pensar sobre a forma de gerenciá-los no modelo diferenciado de atenção à saúde, recentemente aprovado pelo governo federal.

CAPÍTULO I - ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA: REVISÃO TEÓRICA

1. Os caminhos percorridos para a viabilização da Assistência Farmacêutica na Política Nacional de Saúde

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

Garantir uma Assistência Farmacêutica à população tem sido uma preocupação do governo brasileiro antes mesmo da universalização da assistência à saúde (Oliveira, 2004). Na década de sessenta, a intencionalidade de estruturação de uma política de medicamentos no sistema de saúde, já perpassava os discursos políticos, como aconteceu durante a 3ª Conferência Nacional de Saúde (Bermudez 1995). Como principal conquista nesta década, pode-se frisar a aprovação da 1ª Relação de Medicamentos Essenciais (RENAME) do Brasil, em 1964, a partir do decreto nº 53.612, a qual foi considerada, posteriormente, como instrumento incentivador para a implementação de uma política de medicamentos em nosso país.

No entanto, somente em 1975 a RENAME foi de fato instituída através da portaria nº 223/75 do Ministério da Previdência e Assistência à Saúde (MPAS) (Bermudez, 1995:135). A relação de 315 medicamentos em 472 apresentações, configurava o que a OMS (2002) defende ser a estratégia para a melhora da qualidade da atenção à saúde, a gestão de medicamentos e ao aproveitamento dos recursos sanitários.

Sob uma perspectiva histórica, a Assistência Farmacêutica na década de 80 foi representada pela Central de Medicamentos (CEME), que possuía ação centralizada na aquisição e distribuição de medicamentos à rede de serviços ambulatoriais do Brasil. Ao longo de sua gestão é possível perceber que a adoção de um único padrão de suprimentos a ser atendido para todo o Brasil - sem levar em consideração as características regionais, assim como, as particularidades do perfil epidemiológico -, fez

com que as perdas em estocagem e/ou, a falta de medicamentos no nível central, estadual e regional representassem o cenário problemático que o país enfrentava naquele período quanto aos medicamentos (Costa, 2005). Observou-se também que a adoção da RENAME ainda não era levada em consideração.

Preocupada com o descaso das condições de assistência à saúde da população mundial, sobretudo, com os problemas causados pela falta de medicamentos nos serviços de saúde, ou pela má utilização dos mesmos pelas populações, a OMS realizou em Nairobi (1985), a *I Conferência sobre o Uso Racional de Medicamentos* com a premissa de que a prática do uso deste recurso terapêutico seja melhorada. Em se tratando de Brasil, a mesma preocupação afligia um determinado grupo de profissionais farmacêuticos que ansiavam em rediscutir a conduta da Assistência Farmacêutica na época (Bonfim e Mercolucci, 1997).

No ano de 1988, a realização do *I Encontro Nacional de Assistência Farmacêutica e Política de Medicamentos*, representou o marco inicial dos esforços em se discutir os medicamentos no Brasil. Foi a partir dele que se intensificou a discussão sobre um conceito de Assistência Farmacêutica, capaz de orientar novas posturas profissionais e institucionais que se opunham às ações desarticuladas e submissas aos interesses econômicos (Penaforte, 2006).

Entretanto, para que a Assistência Farmacêutica não se restringisse somente à produção e distribuição de medicamentos (atividade representativa da CEME), mas em uma assistência baseada nos princípios do SUS (universalidade, descentralização, equidade e hierarquização do atendimento), a discussão apontada acima, deu origem ao documento intitulado *Carta de Brasília*.

Em 1990, através da lei nº 8.080 (que dispõe sobre a Política de Saúde do Brasil), o SUS foi instituído e regulamentado. Seu arcabouço legal contempla a Assistência Farmacêutica como um de seus elementos atinentes (Oliveira, 2004), cujo objetivo envolve a:

execução de ações de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica (Capítulo I, artigo 6º). (Brasil, Lei nº. 8080, 1990).

Sob o processo de descentralização de gestão e de municipalização da atenção básica, a CEME, que atuava de forma centralizada, teve seu fim em 1997. Os resquícios de sua gestão, como problemas na garantia de acesso, na qualidade e no uso equivocado de medicamentos, somados à desarticulação da Assistência Farmacêutica e à desorganização dos serviços farmacêuticos, foram motivadores à formulação de uma Política Nacional de Medicamentos (PNM).

Deste modo, a referida política, aprovada em outubro de 1998, tornou-se instrumento norteador de todas as ações no campo da política de medicamentos em nosso país. Conforme Brasil (2001), suas diretrizes gerais configuram-se em:

- Adoção da RENAME;
- Regulamentação Sanitária de Medicamentos;
- Reorientação da Assistência Farmacêutica;
- Promoção do uso racional de medicamentos;
- Desenvolvimento científico e tecnológico;
- Promoção da produção de medicamentos;
- Garantia da segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos;
- Desenvolvimento e capacitação de recursos humanos.

De acordo com tais diretrizes, nota-se que algumas prioridades foram definidas, tais como: a revisão permanente da RENAME; a **reorientação da Assistência Farmacêutica** (grifos meus); a promoção do uso racional de medicamentos e a organização das atividades de vigilância sanitária de medicamentos (Ministério da Saúde, 2001).

Sabe-se que as modificações qualitativas e quantitativas no consumo de medicamentos são influenciadas pelos indicadores demográficos, acarretando maior consumo e maior custo social. A título de exemplo, tem-se o processo de envelhecimento populacional, interferindo, sobretudo, na demanda de medicamentos destinados ao tratamento das doenças crônico-degenerativas, além de novos procedimentos terapêuticos com utilização de medicamentos de alto custo. Igualmente, adquire especial relevância o aumento da demanda daqueles de uso contínuo, como é o

caso dos utilizados no tratamento das doenças cardiovasculares, das reumáticas e do *diabetes mellitus* (Ministério da Saúde, 2001).

Este cenário é também influenciado pela desarticulação da Assistência Farmacêutica no âmbito dos serviços de saúde, como a falta de prioridades na adoção pelo profissional médico, de produtos padronizados, constantes da RENAME. Some-se a isso a irregularidade no abastecimento de medicamentos no nível ambulatorial, o que diminui, em grande parte a eficácia das ações governamentais no setor saúde (Ministério da Saúde, 2001).

O uso equivocado e desnecessário de medicamentos, bem como o estímulo à automedicação presentes na sociedade nacional, despontam como fatores que elevam a demanda por medicamentos, requerendo, necessariamente, a promoção do seu uso racional mediante a reorientação destas práticas aliadas ao desenvolvimento de um processo educativo, tanto para a equipe de saúde quanto para o usuário (Ministério da Saúde, 2001).

Segundo Dupim (*apud* Penaforte, 2005), por ser de caráter sistêmico, não pontual e multiprofissional, esta reorientação não se restringe somente à garantia de acesso aos medicamentos segundo critérios já comentados, mas também, por relacionar-se às ações que garantam a qualidade e o uso racional de medicamentos além de contribuir para a resolutividade das ações de saúde.

Ou seja, não é suficiente considerar que se está oferecendo atenção integral à saúde quando a Assistência Farmacêutica é reduzida, meramente, ao adquirir, ao armazenar e ao distribuir medicamentos. Tem-se a necessidade de agregar valores às ações e aos serviços de saúde, por meio do desenvolvimento da Assistência Farmacêutica.

Portanto, a necessária integração da Assistência Farmacêutica no sistema de saúde exige alguns requisitos, como: a presença de trabalhadores qualificados; a seleção dos medicamentos mais seguros, eficazes e baratos, considerando-se a programação adequada das aquisições; a aquisição da quantidade certa e no momento oportuno; a armazenagem, distribuição e transporte de medicamentos adequadamente, a fim de

garantir a manutenção da qualidade do produto farmacêutico; o gerenciamento dos estoques; a disponibilidade de protocolos e diretrizes de tratamento; a prescrição e a dispensação racional, entre outras ações.

2. A reorientação da Assistência Farmacêutica: de logística à agregação de valores

Provavelmente, a baixa qualidade e a efetividade da farmacoterapia podem ser justificadas pelo fato da Assistência Farmacêutica não ser entendida de forma correta, principalmente em função dos profissionais envolvidos neste processo, enfocarem a mesma como uma simples prestação direta de serviço à sociedade. Contudo, ela ultrapassa, e muito, esse raciocínio.

Sob esta lógica, o processo de reorientação da Assistência Farmacêutica fundamentou-se na descentralização da gestão, na promoção do uso racional de medicamentos, na otimização e na eficácia do sistema de distribuição no setor público, bem como, no desenvolvimento de iniciativas que possibilitassem a redução de preços de produtos farmacêuticos, viabilizando assim, o seu acesso pela população.

A Assistência Farmacêutica no SUS englobaria as atividades de seleção, de programação, de aquisição, de armazenamento, de distribuição e de dispensação (Figura 01), favorecendo a permanente disponibilidade dos produtos às necessidades da população, segundo critérios epidemiológicos. Acima de tudo, é preciso que as etapas que a constituem estejam bem estruturadas e articuladas, para garantir de fato a atenção integral à saúde.

De acordo com a Resolução nº 338, de 06 de maio de 2004, do Conselho Nacional de Saúde, que aprovou a Política Nacional de Assistência Farmacêutica, a chamada Assistência Farmacêutica (AF) seria um conjunto de ações voltadas à promoção, à proteção e à recuperação da saúde, tanto individual como coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial, visando ao acesso e ao seu uso racional.

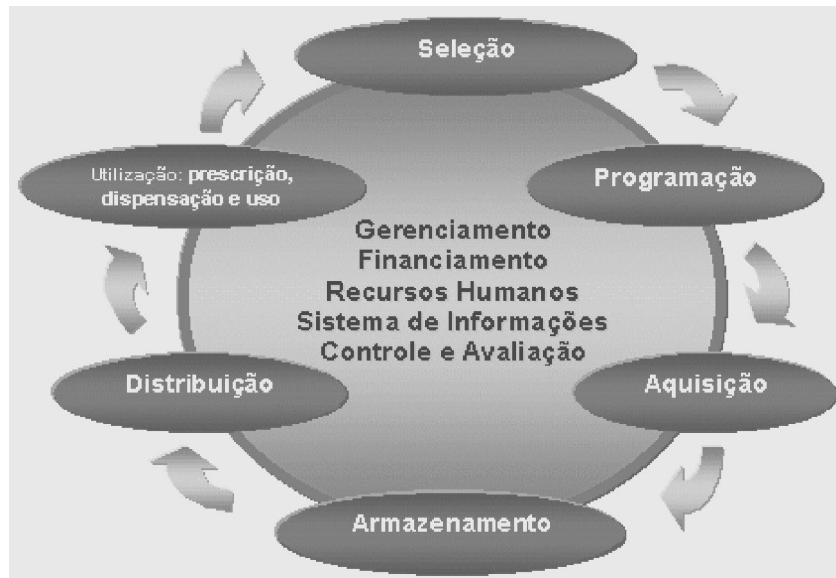


FIGURA 01_ Etapas da Assistência Farmacêutica.
Fonte: Adaptado de Santos, 2001

Este conjunto envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, além de 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 (Ministério da Saúde, 2004).

Dentre suas finalidades, destaca-se a de contribuir na melhoria da qualidade de vida da população, integrando ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde e, assim, apoiar as ações de saúde na promoção do acesso aos medicamentos essenciais e promover o seu uso racional.

Por ser parte integrante da política de saúde, suas funções, listadas abaixo, destinam-se a:

- Articular sua integração com os demais serviços de saúde, profissionais de saúde, coordenação dos programas, entre outras;
- Elaborar normas, procedimentos técnicos e administrativos;
- Elaborar instrumentos de controle e avaliação;
- Selecionar e estimar necessidades de medicamentos;
- Gerenciar o processo de aquisição de medicamentos;
- Garantir condições adequadas para o armazenamento de medicamentos;

- Gestão de estoque de medicamentos;
- Distribuir e dispensar medicamentos;
- Manter cadastro atualizado dos usuários, unidades e profissionais de saúde;
- Organizar e estruturar os serviços de Assistência Farmacêutica nos três níveis de atenção à saúde no âmbito local e regional;
- Desenvolver sistema de informação e comunicação;
- Desenvolver e capacitar recursos humanos;
- Promover o uso racional de medicamentos;
- Promover ações educativas para prescritores, usuários de medicamentos, gestores e demais profissionais da saúde;
- Desenvolver estudos e pesquisa em serviços de saúde;
- Elaborar material técnico, informativo e educativo sobre o uso correto de medicamentos;
- Prestar cooperação técnica;
- Assegurar qualidade de produtos, processos e resultados referente à terapia medicamentosa.

Para fins de conhecimento, fez-se uma breve abordagem sobre as etapas da Assistência Farmacêutica, considerando suas particularidades e benefícios.

2.1 A importância da seleção de medicamentos

A seleção de medicamentos é considerada a etapa inicial da Assistência Farmacêutica. Esta se constitui em processo de escolha de substâncias farmacológicas baseado em critérios epidemiológicos, técnicos e econômicos, estabelecidos por uma Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT), visando assegurar medicamentos seguros, eficientes e de baixo custo, com a finalidade de racionalizar seu uso, harmonizar condutas terapêuticas, direcionar o processo de aquisição, produção e políticas farmacêuticas (Ministério da Saúde, 2006).

Além disso, a seleção objetiva reduzir o número de especialidades farmacêuticas; melhorar o acesso aos medicamentos selecionados; contribuir para a promoção de uso racional de medicamentos; favorecer o processo de educação

continuada e atualização dos profissionais; melhorar a qualidade da farmacoterapia e facilitar o seu monitoramento (Ministério da Saúde, 2006).

Um dos critérios técnicos a serem observados na seleção de medicamentos é o de escolher substâncias químicas baseadas em eficácia e segurança comprovada e de custo acessível; padronização de medicamentos pelo nome do princípio ativo; escolha preferencial de substâncias com um único princípio-ativo; esquema de tomada de uso cômodo resultando em melhor adesão ao tratamento; menor risco de intoxicação medicamentosa e; observação da disponibilidade no mercado, além da observação do menor risco sobre o benefício do tratamento.

2.2 Considerações sobre a programação de medicamentos

Programar consiste em estimar quantidades a serem adquiridas para atendimento à demanda dos serviços, considerando determinado período de tempo. A realização inadequada desta etapa reflete diretamente sobre o abastecimento e o acesso ao medicamento. A programação, portanto, implica identificar quantidades necessárias de medicamentos para o atendimento de demandas da população, evitando aquisições desnecessárias, perdas e discontinuidades do abastecimento, além de definir prioridades e quantidades a serem adquiridas, diante da disponibilidade de recursos.

Para tanto, deve-se dispor principalmente de dados de consumo e de demanda de cada produto, considerando o perfil epidemiológico local, bem como os dados populacionais, entre outros. Dentre os métodos para se programar medicamentos, tem-se aquele que parte do perfil epidemiológico, o por consumo histórico e, o por oferta de serviços.

É importante ressaltar que as necessidades de medicamentos não devem ser confundidas com o consumo de medicamentos. Na prática, a maioria dos serviços farmacêuticos utiliza como critério técnico para aquisição, dados de consumo histórico ou critérios subjetivos, o que prejudica no atendimento de medicamentos à população que demanda este recurso.

2.3 Aquisição: estratégia de suprimento de medicamentos nos serviços de saúde

A aquisição de medicamentos é uma das principais atividades da gestão da Assistência Farmacêutica, e deve estar estreitamente vinculada às ofertas de serviços e à cobertura assistencial dos programas de saúde. Uma boa aquisição de medicamentos deve considerar primeiro o que, como, quanto e quando comprar. Marin (2003) diz que um elenco de medicamentos bem selecionado e bem programado por profissionais capacitados, por si só, não atenderá às necessidades do sistema de saúde se houver descontinuidade no suprimento dos medicamentos.

Para que o atendimento de medicamentos à população não venha ser prejudicado, alguns fatores devem ser levados em consideração durante a realização da etapa de aquisição dos mesmos. Entre eles, pode-se citar a organização e estruturação dos serviços farmacêuticos através de pessoal qualificado, o que contribui na melhoria do acesso, na resolubilidade dos problemas rotineiros e na racionalização dos procedimentos de compra, proporcionando um impacto positivo na cobertura assistencial (Ministério da Saúde, 2006).

Outro fator que merece destaque é a complexidade existente no processo de compra. No setor público, este processo envolve uma gama de exigências legais e administrativas que devem ser atendidas. Situações como, a não prioridade à garantia do medicamento à população assistida pela instituição, bem como, as dificuldades na tomada de decisão, demandando maior tempo para a compra, ou levando à tomada de decisão sob pressão, em vista à falta do medicamento, intensificam as chances de se fazer uma péssima aquisição medicamentosa e, por conseqüência, tende a acarretar prejuízos efetivos à população e ao sistema de saúde.

Compras freqüentes, em pequenas quantidades, segmentadas e em regime de urgência também são problemas comuns, devendo-se a maioria das vezes, à falta de planejamento e programação de compras de medicamentos, envolvendo, por vezes, irregularidades no abastecimento e riscos de desperdícios. Além disso, pode desencadear a interrupção no tratamento pela falta pontual, ou constante, de medicamentos, o que pode gerar danos na qualidade de vida do paciente e na credibilidade do serviço prestado. Deste modo, o processo de compra organizado

otimiza recursos, racionaliza o quantitativo de compras e beneficia o atendimento à população usuária de medicamentos.

2.4 Abastecimento: assegurando a qualidade do medicamento

Esta etapa do ciclo da Assistência Farmacêutica é caracterizada a partir do desenvolvimento das seguintes atividades: recebimento, estocagem/guarda, conservação e controle de estoque de medicamento. Este conjunto de procedimentos técnicos e administrativos tem como finalidade assegurar a qualidade dos medicamentos.

Cada uma dessas atividades possui particularidades inerentes a sua execução. No ato do recebimento, por exemplo, a pessoa responsável pelo mesmo deve verificar a compatibilidade entre os produtos solicitados e recebidos, ou seja, se os medicamentos entregues estão em conformidade com as condições estabelecidas na solicitação.

Além disso, é necessário verificar as especificações do produto, como o nome da substância, a forma farmacêutica, a concentração, a apresentação e as condições de conservação; o registro sanitário do produto; o laudo do controle de qualidade do fabricante do produto; o nome do farmacêutico e/ou químico responsável técnico pela produção do medicamento; a embalagem/rotulagem; o lote; o número do lote; a data de validade além das condições de transporte dos medicamentos entregues.

A fim de se obter informações técnico-administrativas sobre o medicamento armazenado, outras especificações também devem ser consideradas tais como as características quantitativas referentes à conformidade do pedido em relação ao produto recebido. Portanto, deve-se estar atento quanto à análise da documentação fiscal, a verificação do nome do produto por denominação genérica, o prazo de entrega, a quantidade, o preço unitário e total, além de contagem física da quantidade de medicamentos presentes na embalagem, considerando o quantitativo solicitado com o recebido.

Considerando a natureza perecível dos medicamentos é de fundamental importância garantir sua estabilidade durante o processo de armazenamento, a fim de se reduzir perdas e minimizar gastos (Penaforte, 2005). Para tanto, a área física destinada à

estocagem e guarda dos produtos farmacêuticos deve visar a manutenção das características físico-químicas, assim como, a estabilidade dos medicamentos.

Deste modo, alguns requisitos devem ser atendidos, tais como: ser de fácil localização; possuir identificação externa; sinalização interna; condições ambientais (condições adequadas de temperatura, ventilação, luminosidade e a umidade); higienização, além de equipamentos e acessórios como estrados/*pallets*, arquivos de aço, estantes ou prateleiras, entre outros, necessários para um bom armazenamento de medicamentos.

Além de atender às condições de armazenamento, as mesmas devem ser permanentemente monitoradas, controladas e registradas, possibilitando correções e intervenções sempre que for necessário. O controle de estoque deve ser rigoroso e preciso, a fim de assegurar a regularidade do abastecimento e evitar o desperdício. Uma das estratégias mais utilizadas para este controle é a utilização das chamadas “fichas de prateleiras”, onde é registrada a informação de entrada e saída de medicamentos bem como a dos inventários (contagem do estoque real de medicamentos).

Deste modo, atendendo a esses requisitos, tem-se a possibilidade de garantir um estoque efetivo e de qualidade à população usuária de medicamentos, além de se viabilizar o “tão difícil” controle de estoque medicamentoso.

2.5 Distribuição de medicamentos: atendendo aos pedidos solicitados

Um sistema de distribuição é realizado a partir de uma solicitação de medicamentos (por parte do requisitante) para o nível de distribuição envolvido, visando suprir as necessidades desses medicamentos em quantidade, qualidade e tempo oportuno, para posterior dispensação à população usuária dos mesmos.

A partir da solicitação do pedido faz-se uma avaliação criteriosa para proceder ao atendimento requerido, verificando-se as quantidades distribuídas, o consumo, a demanda, o estoque existente, a data do último atendimento e a solicitação anterior (Brasil, 2006).

Para tanto, deve-se considerar alguns procedimentos pertinentes para a viabilização de uma correta distribuição de medicamentos, tais como:

- Planejamento do processo de distribuição, elaboração de cronograma de entregas, normas e procedimentos, além de instrumentos (formulários) para acompanhamento e controle.
- Análise criteriosa da solicitação, verificando as quantidades distribuídas, o consumo, a demanda (atendida e não atendida), o estoque existente, a data do último atendimento e a solicitação anterior.
- Processamento do pedido – após a análise das informações e identificação das necessidades, atende-se à solicitação mediante documento elaborado em duas vias, sendo uma cópia para a unidade requisitante e a outra para o controle da distribuição.
- Preparação e liberação do pedido – separar os medicamentos por ordem cronológica de prazo de validade. A preparação do pedido deve ser feita por um funcionário e revisada por outro, para se evitar as falhas.
- Conferência – realizar inspeção física do medicamento para identificar alterações no produto ou nas embalagens antes da distribuição. Após a preparação do pedido, o responsável pela unidade solicitante deve conferir todos os itens e assinar as duas vias do documento (nome por extenso, número da identidade ou da matrícula, local, setor de trabalho e data do recebimento). Para otimizar o tempo, recomenda-se confeccionar um carimbo com os referidos dados.
- Registro de saída - após a entrega do pedido, registram-se as informações que podem ser em: livro-ata, ficha de controle, ou sistema informatizado, dependendo do sistema de controle existente.
- Registrar em formulário próprio os itens não atendidos, os itens atendidos de forma parcial (por exemplo: nome da unidade, especificação do produto, quantidade total a receber, quantidade entregue, total do crédito e a data).
- Monitoramento e avaliação – elaborar relatórios mensais, informando as quantidades atendidas às diferentes unidades solicitantes.
- Arquivo da documentação – deve-se manter o arquivo com cópias de todos os documentos de distribuição.

Em alguns casos, o processo de distribuição é confundido com a dispensação. Percebe-se que, por vezes, são considerados sinônimos, tanto por profissionais de nível médio quanto de nível superior, embora a dispensação não venha a ser, nem de perto, um simples ato de entrega de medicamentos, como muitos pensam.

Portanto, para melhor esclarecimento analiso a questão, considerando que ela vem a ser a última fase da Assistência Farmacêutica.

2.6 Dispensação, correspondendo às expectativas dos usuários de medicamentos

A dispensação consiste na relação direta na qual o farmacêutico fica diante daquele que deve utilizar medicamentos. É o momento em que o profissional farmacêutico ouve, esclarece dúvidas, complementa informações, analisa a prescrição e fornece informações quanto ao uso e a guarda do medicamento (Dupim, 1999). O ato de dispensar é exclusivo do farmacêutico, sendo esta a última oportunidade de se identificar, corrigir ou reduzir possíveis riscos associados à terapêutica.

As responsabilidades do profissional farmacêutico durante este ato são múltiplas e envolvem questões de cunho legal, técnico e clínico, já que no momento que antecede o aviamento da receita, o farmacêutico pode cruzar informações com dados clínicos do paciente.

O ato de dispensar compreende análise técnica da prescrição e orientação ao paciente, com o objetivo de garantir o cumprimento da receita médica, contribuindo para adesão ao tratamento e minimizando erros de medicação, a fim de proporcionar atenção farmacêutica de qualidade e garantir o fornecimento do medicamento correto em quantidade adequada.

Para que os objetivos desta etapa sejam atendidos, o ministério da saúde (2006) considera ser de fundamental importância a realização dos procedimentos descritos abaixo:

- Elaborar cadastro de cada paciente, preferencialmente em programa informatizado, que contenha dados sobre o paciente, informação sobre os tratamentos prescritos, medicamentos dispensados, bem como o registro de ocorrência no uso dos medicamentos. Opcionalmente pode ser fornecido ao paciente cópia do seu cadastro, para controle e acompanhamento do seu tratamento.
- Analisar a prescrição, verificando o nome correto do fármaco, dosagem, posologia, interação com medicamentos e alimentos. Em caso de dúvidas ou incompatibilidades, registrar a ocorrência e conversar com o médico.
- Separar o medicamento, confrontando-o com a receita, no ato da entrega.
- Marcar na receita os itens atendidos e não atendidos e datar a entrega nas duas vias da prescrição, assinar e carimbar.
- Orientar o paciente, avaliando o grau de entendimento das informações prestadas. É importante que se peça para repetir pontos fundamentais da orientação, assegurando-se de que ele entendeu o uso correto de cada medicamento.
- Esclarecer os pontos mais importantes e dúvidas existentes.
- Registrar no cadastro do paciente as informações pertinentes à dispensação.
- Acompanhar e avaliar o uso da terapia medicamentosa dispensada.

Quando se diz que a dispensação é muito além que a simples entrega do produto farmacêutico ao paciente, considera-se a importância de uma das principais atividades inerentes à esta etapa que é a orientação farmacêutica ao paciente.

Deve-se tomar conhecimento de que este é um processo informativo referente ao tratamento, acompanhamento e avaliação farmacoterapêutica da prescrição. Para sua execução é preciso dispor de conhecimentos, habilidades e técnicas de comunicação, a fim de se transmitir de forma clara e objetiva a informação pertinente à terapia medicamentosa do paciente e garantir sua adesão ao tratamento.

É importante destacar que a falta de informação ao paciente sobre o uso correto dos medicamentos (indicação, contra-indicações, interações, tempo do tratamento,

posologia, dosagem, cuidados no uso etc.) é considerada uma das principais causas da não adesão ao tratamento.

A orientação baseia-se num processo de informação e educação fundamental para o êxito da terapêutica indicada. Informar é dotar o indivíduo de conhecimentos a respeito do medicamento a ser utilizado. Educar é motivar e induzir mudanças para a prática de estilos de vida saudável, conscientizando o usuário da responsabilidade pela sua saúde.

A informação deve ser prestada de forma clara, simples, compreensiva, em função das necessidades de cada indivíduo, do nível socioeconômico e cultural e do tipo de medicamento prescrito. Deste modo, a agregação destes valores distorcem a visão logística que se tem do ciclo da Assistência Farmacêutica e faz reconhecer a necessidade da realização do mesmo para a obtenção de resultados positivos da farmacoterapia utilizada, conforme especificações peculiares dos pacientes usuários de um dos principais recursos terapêuticos da medicina ocidental, o medicamento.

3. Trilhando caminhos para a viabilização da Assistência Farmacêutica na Política de Saúde Indígena

A partir do final da década de 90, a saúde indígena vem se fortalecendo legalmente (Anexo 01), através do reconhecimento da necessidade de assistência e contemplação de seus direitos enquanto cidadãos.

Com a aprovação da *Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas*¹¹, a Assistência Farmacêutica é legalmente instituída na saúde indígena através da diretriz que rege a promoção do uso adequado e racional do medicamento.

Nas Conferências Nacionais de Saúde (CNS), a Assistência Farmacêutica consolidou-se como tema de discussão. No relatório da 9ª, 10ª e 11ª CNS, surgiu a proposta da convocação de uma conferência temática sobre Assistência Farmacêutica, que resultou na realização da *1ª Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica*, em setembro de 2003. Dentre as propostas aprovadas estava a de se

¹¹ Aprovada pela portaria do Ministério da Saúde, nº 254 de 31 de janeiro de 2002.

garantir na 12ª CNS, uma discussão voltada ao referido tema para as populações indígenas.

No ano seguinte, em dezembro de 2004, foi realizada a *1ª Oficina Nacional de Assistência Farmacêutica para a Saúde Indígena*, promovida pelo Departamento de Saúde Indígena (DESAI) com o propósito de construir estratégias para a formulação de uma política de Assistência Farmacêutica para atenção à saúde dos povos indígenas.

O evento buscou analisar sob novo enfoque, como a política de medicamento é direcionada à saúde indígena. Dentre os temas abordados, destacam-se: Assistência Farmacêutica como parte integrante do processo de atenção à saúde; Política Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica: suas diretrizes e prioridades; Discussão da situação organizacional e infra-estrutura da Assistência Farmacêutica existente nos DSEI'S; Contribuição da Assistência Farmacêutica para os sistemas tradicionais de saúde indígena, entre outros.

Participaram do evento, farmacêuticos e técnicos do DESAI e das Coordenações Regionais (CORES), como também, os responsáveis pela Assistência Farmacêutica de alguns estados e municípios (FUNASA, 2004). O evento propunha-se a incentivar a troca de experiências entre os farmacêuticos responsáveis pela Assistência Farmacêutica de seus respectivos DSEI'S.

Outro momento de discussão sobre a Assistência Farmacêutica foi contemplado no documento base para o debate da *4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena (2005)*¹². Em seu eixo temático “*Direito à saúde*”, foi proposta a elaboração e implementação de uma política de Assistência Farmacêutica, que esteja em consonância com a política existente e implantada, além de contemplar as práticas tradicionais indígenas. Acredito que a preocupação com a prestação de Assistência Farmacêutica diferenciada, considerando as especificidades culturais, epidemiológicas e operacionais dos povos indígenas passou a ser motivo de reflexão.

¹² Em Brasília (outubro de 2005), foram debatidas as propostas para os eixos temáticos da 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena, realizada em março de 2006, que teve como tema central “Distrito Sanitário Especial Indígena: território de produção de saúde, proteção da vida e valorização das tradições”.

Recentemente, foram discutidos alguns dados atuais sobre a situação da Assistência Farmacêutica na saúde indígena, durante apresentação do relatório das atividades em Assistência Farmacêutica, desenvolvidas pelo DESAI no primeiro semestre de 2006. Dentre as atividades, considero importante destacar a formalização do Comitê de Farmácia e Terapêutica (aprovado pela Portaria 1057 de 18/08/2006, da FUNASA); a contratação de farmacêuticos para 28 dos 34 DSEIS existentes; a preocupação em se definir as funções da Assistência Farmacêutica na estrutura organizacional da FUNASA e implantar ações voltadas à referida prática nos DSEIS.

Sobre o Comitê de Farmácia e Terapêutica já formalizado, pode-se dizer que sua próxima conquista foi a realização do *1º Encontro Nacional do Comitê de Farmácia e Terapêutica*,¹³ com o propósito de planejar as atividades do comitê para o biênio de 2007/2008. A revisão da relação de medicamentos da atenção básica, respeitando os perfis epidemiológicos de cada DSEI foi uma das principais pautas do encontro.

Antecedendo o encontro do referido comitê, ocorreu o *1º Encontro Nacional de Farmacêuticos dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas* em Brasília. A proposta do evento foi a de identificar os “nós” críticos da Assistência Farmacêutica para, assim, superar as dificuldades e garantir aos indígenas o acesso aos medicamentos com segurança e eficácia. Segundo informações sobre o evento¹⁴, atualmente, dispõe-se de aproximadamente 40 farmacêuticos atuando nos DSEIS do país, o que permitiu maior riqueza de discussão.

No final de 2007 a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) realizou em Brasília, o *Seminário Nacional sobre Vigilância Sanitária nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas*. Dentre as temáticas abordadas, a problemática relativa ao medicamento se fez presente nas palestras intituladas “Problemas de saúde relacionados com medicamentos em Terra Indígena”; “Medicamentos em área indígena - Uso racional” e “Medicamentos de uso tradicional: Relatos de representantes indígenas”. Novamente a relação dos indígenas com os medicamentos, em especial os ocidentais,

¹³ O 1º Encontro Nacional do Comitê de Farmácia e Terapêutica, promovido pelo Núcleo de Assistência Farmacêutica do DESAI, ocorreu no dia 27 e 28 de novembro de 2007, no auditório da FUNASA-sede. Sobre o assunto, consultar: www.funasa.gov.br

¹⁴ Cf. FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. Disponível em: www.funasa.gov.br Acesso em: 01/03/2007.

era assunto de discussão, mas agora, o interesse da ANVISA sobre o assunto deu maior visibilidade a este “nó”, que segundo relatos dos políticos envolvidos, “está difícil de desatar”. Além disso, os mesmos reconhecem que o “problema vem da falta de preparo da equipe de saúde em lidar com o uso de medicamentos na sociedade indígena”, afirmou o Presidente da ANVISA.

Segundo Mônica Henrique¹⁵, em reportagem intitulada *Assistência Farmacêutica na Saúde Indígena*, concedida à revista *Pharmacia Brasileira*¹⁶ no início de 2008, o consumo elevado de medicamentos pelos índios é um dos principais motivos que reforçam a implantação do programa de Assistência Farmacêutica na saúde indígena e por isso, a efetivação do mesmo propiciará a promoção do uso racional de medicamentos, proposto pela portaria ministerial nº 252/04.

¹⁵ Coordenadora de Assistência Farmacêutica (AF) da FUNASA em Pernambuco e do programa de AF na saúde indígena do DESAI.

¹⁶ Revista trimestral do Conselho Federal de Farmácia.

CAPÍTULO II - CASAI: LOCUS DE INDAGAÇÕES E INQUIETUDES

1. Considerações sobre a Distritalização Indígena

Antes de esclarecer o leitor quanto à resolubilidade de uma Casa de Apoio à Saúde Indígena, acredito ser relevante fazer um breve comentário sobre a estrutura organizacional do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI), que tem como base o Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI), no qual uma CASAI é parte constitutiva.

A implantação dos DSEI, pela FUNASA, se iniciou em 1991 com o Decreto nº 23 do governo Collor e se consolidou com a Lei Arouca que, em 1999, regulamentou as atribuições ministeriais para implantação de um subsistema de atenção diferenciada à saúde, baseado na distritalização sanitária.

O conceito de DSEI foi definido como um espaço étnico-cultural dinâmico, geográfico, populacional e administrativo bem delimitado, que não guarda relação direta com os limites dos estados e municípios onde estão localizadas as terras indígenas. Visa a promover a reordenação da rede de saúde e das práticas sanitárias, e desenvolver atividades administrativo-gerenciais necessárias à prestação da assistência com controle social.

O DSEI deve prestar atenção básica à população indígena aldeada, mediante atuação de Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena (EMSI), nos moldes do Programa Saúde da Família (PSF), compostas por médicos, enfermeiros, odontólogos, auxiliares de enfermagem e Agentes Indígenas de Saúde (AIS).

O fluxo de organização e modelo assistencial dos DSEIS (Figura 02) deve dar-se continuamente na própria aldeia, por intermédio dos AIS e, periodicamente, por uma EMSI em Postos de Saúde (PS) de referência, ou de forma itinerante, nas aldeias. Cada aldeia deve contar com uma Unidade de Apoio (UA) com estrutura para o desenvolvimento das atividades de atenção à saúde, realizadas pelos AIS sob supervisão da EMSI.

Além das unidades de apoio e postos de saúde, as comunidades indígenas deverão contar com outra instância de atendimento de saúde, os Pólos-base, constituindo a primeira referência para os AIS e EMSI que atuam nas aldeias. Podem ser localizadas numa comunidade indígena ou num município de referência. As demandas não resolvidas nos Pólos-base devem ser referenciadas para a rede de serviços do SUS.

Essa demanda deve contar com uma estrutura de apoio em condições de receber, alojar e alimentar pacientes encaminhados e seus acompanhantes, prestar assistência de enfermagem 24 horas por dia, marcar consultas, exames complementares ou internação hospitalar, providenciar o acompanhamento dos pacientes e seu retorno à origem. Tais estruturas de apoio são denominadas de Casa de Apoio à Saúde Indígena (Garnelo, 2003).

Embora denominadas Casas de Saúde Indígena, essas estruturas não executam ações médico-assistenciais. São locais de recepção e apoio aos índios, que vêm referenciados da aldeia/Pólo-Base (FUNASA, 2006). Entretanto, considero que algumas CASAIS assemelham-se a um estabelecimento fornecedor de serviços de saúde quando apresentam em seus recursos humanos enfermeiros, técnico de enfermagem, auxiliares de enfermagem, assistentes sociais, psicólogos, médicos, farmacêuticos e etc.

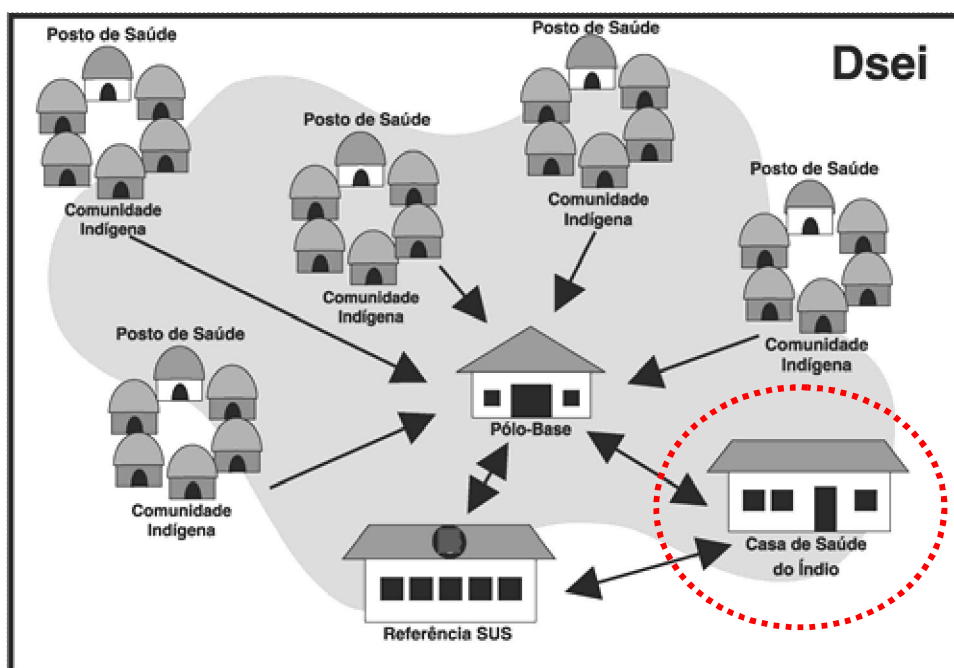


FIGURA 02 – Fluxo de Organização e Modelo Assistencial do DSEI
Fonte: FUNASA

Dentre os 34 DSEIS (Figura 03), que compõem a base do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, o presente estudo abordará a CASAI do Amapá (DSEI Amapá-Norte do Pará) e a CASAI Icoaraci (DSEI Guamá-Tocantins).

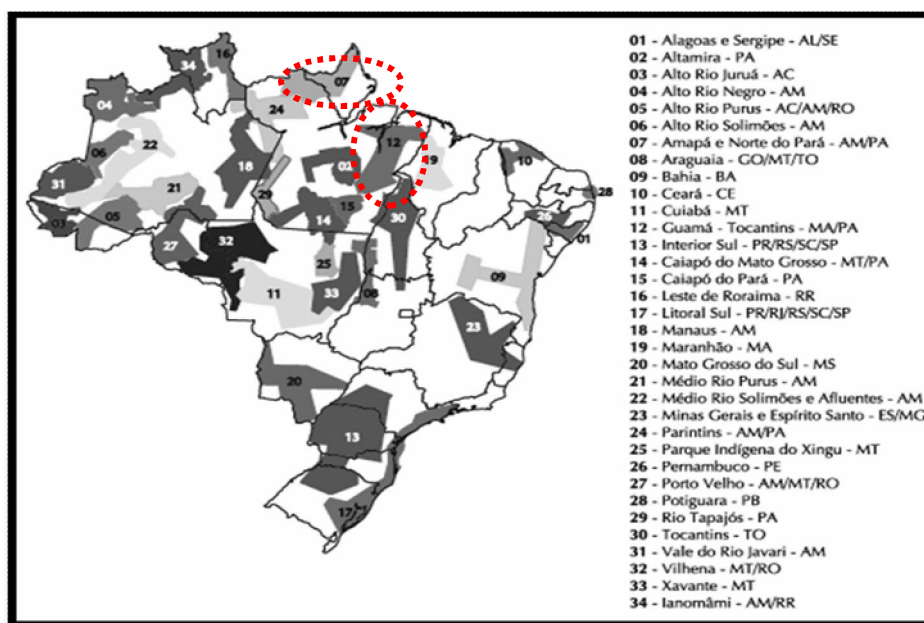


FIGURA 03-. Mapa dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas

Fonte: FUNASA

2. Critério de escolha do locus

Escolher Casa de Apoio à Saúde Indígena (CASAI) como *locus* para a pesquisa foi de fundamental importância, pelo fato de ser o espaço onde estabeleci meu primeiro contato com a questão da saúde indígena e o local em que formulei as primeiras indagações que me conduziram ao tema estudado.

O critério que me influenciou na escolha da CASAI Icoaraci e do Amapá foi a presença de um profissional farmacêutico em seu quadro funcional, como também, a existência de uma farmácia. No entanto, ao iniciar a pesquisa de campo, percebi que não havia profissionais farmacêuticos nas duas CASAIS. Mesmo assim, procurei dar andamento ao estudo, pois estabeleci a hipótese de que a ausência deste profissional poderia implicar negativamente a prestação da Assistência Farmacêutica nas referidas casas.

Para que o leitor venha a melhor se familiarizar com os *loci* da pesquisa, considero oportuno fazer uma breve apresentação sobre os DSEIS Amapá e Norte do Pará e Guamá-Tocantins e suas respectivas CASAIS.

O DSEI Amapá e Norte do Pará abrange as áreas indígenas do Oiapoque, do Parque do Tumucumaque e do Wajãpi. Dentre as etnias atendidas tem-se a Apalay, Waiana, Tiriyó, Kaxuyana, Akurió e Wajãpi do Parque do Tumucumaque, a Wajãpi da Pedra Branca e, a Galibi, Galibi Marowono, Palikur e Karipuna do Oiapoque.

Conforme dados do Plano Distrital de Saúde do DSEI Amapá e Norte do Pará (2005 a 2007), o referido DSEI possui duas Casas de Apoio à Saúde Indígena, uma localizada no Oiapoque (CASAI Oiapoque) e outra localizada em Macapá (CASAI do Amapá).

A CASAI Oiapoque é a base de referência para os três pólos-bases existentes nesta área (Manga, Kumenê e Kumarumã), bem como para os quatro postos centrais (Kunanã, Estrela, Espírito Santo e Santa Izabel). No entanto, os casos de alta complexidade são encaminhados para Macapá (CASAI do Amapá), a fim de assegurar o atendimento dos indígenas em Hospitais Especializados, Maternidade e Pronto Socorro (todos da rede SUS) que o município dispõe.

O serviço de referência que as regiões do Wajãpi e do Tumucumaque utilizam é a CASAI do Amapá, visto que o Município de referência do Wajãpi, Pedra Branca, não apresenta infra-estrutura adequada para o atendimento primário. Portanto, a CASAI do Amapá atende as etnias das 03 áreas indígenas que compõem o DSEI Amapá e Norte do Pará.

Entre 11 e 22 de julho de 2006, tive a oportunidade de conhecer a CASAI do Amapá¹⁷. À época da pesquisa, seu quadro funcional era composto por Médico (01), Enfermeiros (03), Técnicos e auxiliares de Enfermagem (25), Auxiliares administrativos (03), Nutricionista (01), Técnico em nutrição (01), Psicóloga (01), Assistente Social (01), Estagiário de Assistente Social (01) e Vigilantes (08).

¹⁷ A CASAI do Amapá, localizada no município de Macapá, situa-se na rua Joaquim Gouveia n° 106, no bairro Alvorada; CEP 68.906620 Macapá / AP

A CASAI do Amapá se destina a prestar atendimento diferenciado aos pacientes indígenas encaminhados pelas aldeias e/ou pólos base, quando esgotado os recursos diagnósticos e tratamento no nível local, atuando de forma articulada com a rede regionalizada e hierarquizada de serviços de saúde. Em dezembro de 2005, foi reinaugurada sendo a revitalização do espaço físico, uma das principais mudanças.

A atual infra-estrutura também compreende espaços de atendimento médico-assistencial, administrativo, de acolhimento e de lazer. A disposição desses lugares é facilmente percebida (pelos que dominam a língua portuguesa), pois cada um está devidamente identificado, inclusive a farmácia.

Para melhor visualização da CASAI do Amapá, arrisquei-me em fazer um croqui da estrutura interna da referida casa, observada em 2007 (Figura 04). Por mais que seja amadora, tal ilustração auxilia o leitor a entender a distribuição espacial das dependências destinadas ao assistencialismo em saúde aos usuários indígenas.

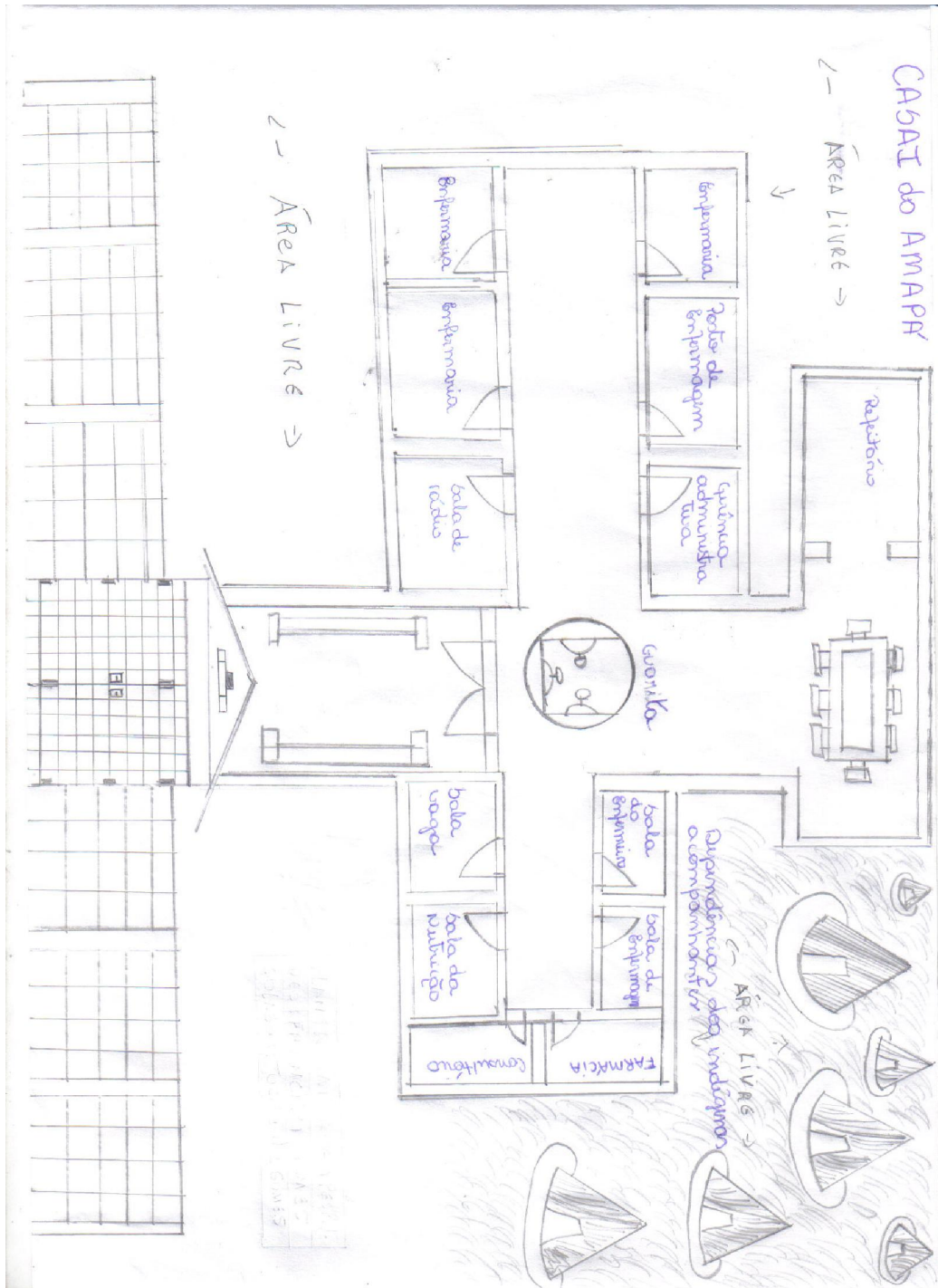


FIGURA 04-Croqui da CASAI do Amapá

A entrada da CASAI do Amapá é identificada com uma faixa, conforme a figura 05.



FIGURA 05: Fachada da CASAI do Amapá

Ao entrar no corredor de acesso a CASAI, avista-se a Guarita Central que dispõe de vigilância diurna e noturna, constituindo-se no principal espaço para a troca de informações sobre a estrutura e funcionamento da CASAI.

Ainda neste corredor, disposta na lateral esquerda da CASAI, observa-se a sala de rádio, a qual é freqüentemente movimentada por ser o local onde os indígenas mantêm contato com os familiares que ficaram na aldeia.

A sala de administração e de apoio administrativo está localizada no 1º corredor da lateral esquerda da CASAI. Neste espaço, realiza-se a digitação de documentos (ofícios, memorandos, etc.); a recepção de indígenas procedentes de outros DSEIS; a coordenação da utilização do transporte; a aquisição de passagens; o auxílio alimentação; o embarque de indígenas; o serviço de entrega de documentos; a área contábil (prestação de suprimento de fundos); a solicitação de materiais de expediente e de medicamentos à FUNASA, dentre outras atividades administrativas descritas no Apêndice 01.

No corredor da lateral direita da CASAI, encontrei o consultório médico, a farmácia, a sala de nutrição e a sala de enfermagem enquanto que à esquerda, tem-se o posto de enfermagem e a enfermaria masculina e feminina.

A alimentação, assim como a realização de atividades de interação social e recreativa, como escutar músicas e assistir à televisão são feitas no refeitório, disposto no final do corredor central.

As malocas de acolhimento estão localizadas próximas ao refeitório. Sua distribuição é feita por etnias. Ao todo são oito espaços destinados a indígenas e seus acompanhantes.

No entanto, na minha primeira visita a CASAI do Amapá (em julho de 2006), a disposição de alguns destes lugares era diferente da mencionada acima. A Farmácia, por exemplo, não existia. Ou melhor, naquele momento, o espaço onde estava localizada a farmácia (sala de administração e apoio administrativo), se resumia em depósito de equipamentos com defeitos após o término de contrato da única farmacêutica do DSEI Amapá e Norte do Pará, lotada na CASAI.

Neste mesmo período, observei que os medicamentos não eram centralizados em um único lugar. Encontrei medicamentos sendo “controlados” e “dispensados” na sala da gerência administrativa, na sala de enfermagem, no consultório médico, no posto de enfermagem e em outros espaços destinados para fins assistenciais.

Deste modo, indaguei-me: Por que desativaram a farmácia? Ela funcionava? A saída do farmacêutico gerou problemas ao acesso medicamentoso? Quem responde por esta tarefa? Como funciona agora? Essas perguntas foram feitas durante esta visita e as respostas fizeram-me perceber da necessidade em se estudar e compreender melhor tal tema naquele contexto.

Em outubro de 2006, a farmácia voltou a existir após sugestão da gerente administrativa à época, sob a premissa da garantia do controle e efetivo acesso, segundo afirmação do atual funcionário responsável do setor, um assistente administrativo. No entanto, novas indagações foram formuladas e realizadas durante o meu retorno ao campo.

Além do DSEI Amapá e Norte do Pará, faço também a apresentação do DSEI Guamá-Tocantins (DSEI GUATOC), o único localizado no município de Belém do Estado do Pará, situado nas dependências do Prédio da FUNASA regional, na avenida Visconde de Sousa Franco (Doca), sem número (SN).

O DSEI GUATOC atende às aldeias localizadas nos pólos-base de Marabá, Tucuruí, Paragominas, Tomé-Açu, Capitão Poço, Oriximiná e Santarém, conforme anexo 02.

Dentre as Casas de Apoio à Saúde deste DSEI, tem-se a CASAI Marabá, CASAI Paragominas, CASAI Oriximiná e CASAI Santarém, além da CASAI Icoaraci. Devido à melhor infra-estrutura assistencial da capital paraense, a CASAI Icoaraci, localizada na região metropolitana de Belém, é considerada o espaço de referência do DSEI GUATOC, como também para os demais DSEIS do Estado (DSEI Tapajós, DSEI Altamira e DSEI Kayapó).

Segundo relato da Chefia da CASAI Icoaraci, há uma “grande parcela de atendimento de indígenas vindo de outros DSEIS, principalmente, do Tapajós que possui sede em Jacareacanga”. Entretanto, “das áreas pertencentes ao DSEI GUATOC, a maior demanda de atendimento é proveniente de Capitão Poço”, reforça.

Conheci a CASAI Icoaraci no dia 04 de janeiro de 2006, durante a prática de campo da disciplina *Antropologia da saúde e da doença*, ofertada pelo Programa de Pós-Graduação (Mestrado) a que estava regularmente matriculada.

A referida CASAI está localizada no distrito de Icoaraci, pertencente ao município de Belém do Pará, mais especificamente na rua Brasília entre Príncipe de Mônaco e Castro Alves, SN. Ultrapassar uma grande muralha e os vigilantes que nela se apresentam, significa conseguir adentrar no espaço de “acolhimento” do DSEI GUATOC.

Assim como na CASAI do Amapá, elaborei um croqui da estrutura da CASAI Icoaraci, conforme figura 06.

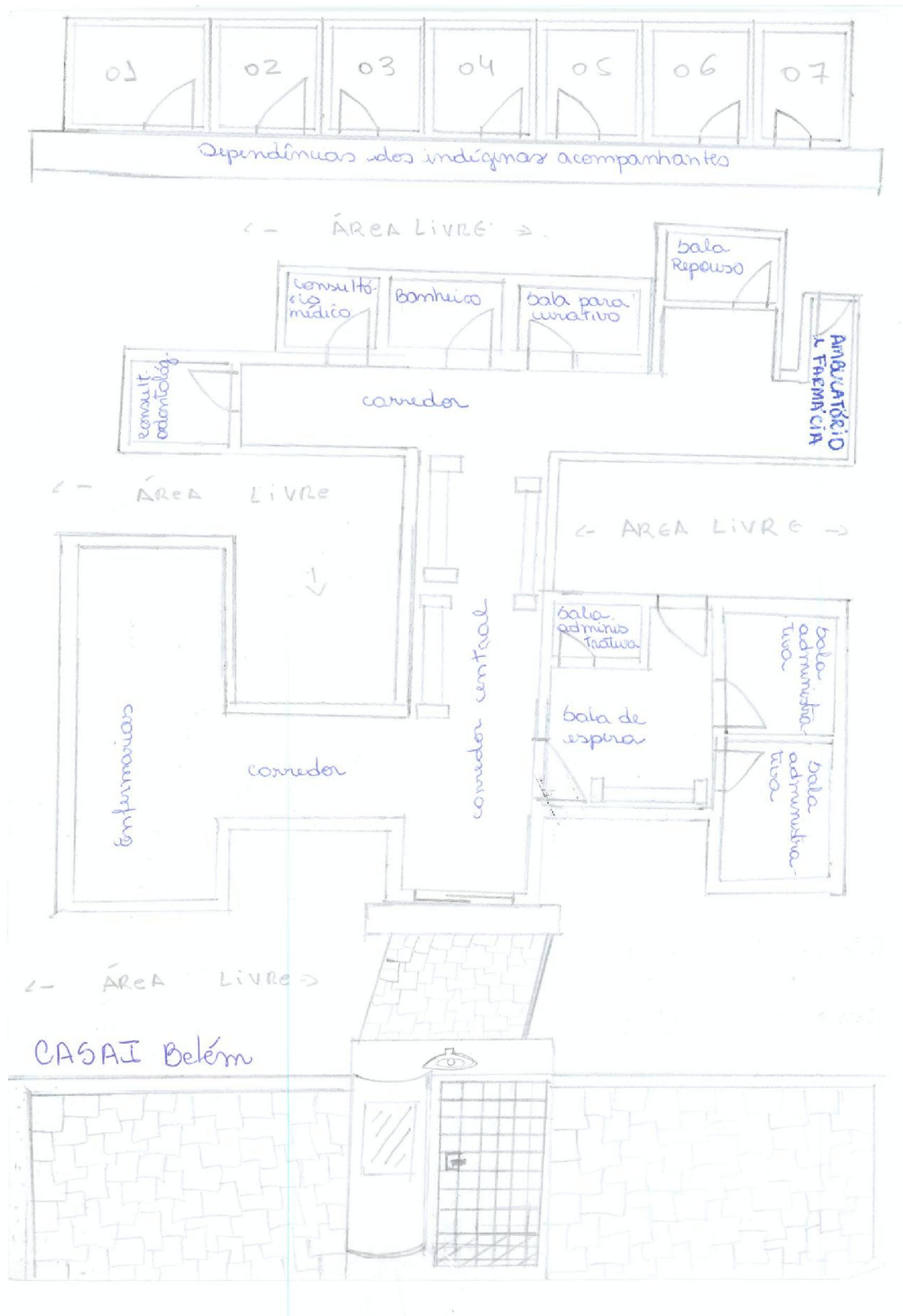


FIGURA 06-Croqui da CASAI Icoaraci

A estrutura da CASAI Icoaraci era composta por espaços destinados às atividades administrativas, médico-assistenciais, acolhimento e lazer aos usuários indígenas. Seu quadro funcional durante a pesquisa era formado por agentes administrativos, técnicos de enfermagem, enfermeiros, médico, odontólogo, psicólogo e assistente social.

Os espaços destinados ao atendimento assistencial estavam localizados nos fundos da estrutura predial da CASAI Icoaraci, enquanto que as atividades administrativas eram realizadas em sala situada no início do corredor principal.

Durante a prática de campo da disciplina *Antropologia da saúde e da doença*, na CASAI Icoaraci, observei que o local destinado ao controle e estoque de medicamentos, ficava no mesmo corredor do consultório médico e da sala para procedimentos de enfermagem. Era uma sala pequena e pouco ventilada, com espaço para armazenar o quantitativo mínimo necessário de medicamentos a serem utilizados pelos usuários indígenas. A referida farmácia, assim designada, estava sob a responsabilidade de um funcionário administrativo que atualmente não responde pelo setor.

Os funcionários administrativos da CASAI Icoaraci acreditavam que a falta de um profissional especializado no controle de medicamentos os sobrecarregava, pois tinham que resolver desde a solicitação de medicamentos, o controle sobre as condições de armazenamento e o prazo de validade, entre outras responsabilidades, que não eram de suas competências.

Durante o período da pesquisa (janeiro de 2007), o espaço “farmácia” não era mais assim designado e a sua localização, também não era mais a mesma. Por solicitação da enfermeira contratada em agosto de 2006, os medicamentos passaram a ser dispostos na sala onde funcionava o antigo laboratório. Não somente as atividades referentes à “farmácia” passaram a ser exercidas neste espaço, como também as referentes ao corpo de enfermagem, portanto, sendo a partir de então, identificado como “Ambulatório”.

Segundo a enfermeira, a justificativa da mudança deveu-se ao fato de o “ambulatório” ser amplo, além de bem iluminado e climatizado. Tamanho espaço auxiliava os procedimentos da enfermagem, pois poderiam manter os medicamentos próximos a eles, sem necessidade de se deslocarem para buscá-los. Mudanças na forma de solicitar, armazenar e distribuir medicamentos, também ocorreram naquele período, no entanto, este assunto será melhor discutido no capítulo “*Praticando*” *Assistência Farmacêutica na CASAI*.

Deste modo, compreendo que problematizar a Assistência Farmacêutica na Saúde Indígena, especificamente na CASAI, significou aprofundar um tema com lacunas de registro sobre sua operacionalização naquele espaço bem como sobre os desafios em viabilizá-la na prática.

CAPÍTULO III - CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

Segundo Minayo (2000), a pesquisa compreende a atividade básica da ciência na sua indagação e construção da realidade. Embora seja uma prática teórica, a pesquisa vincula pensamento e ação, ou seja, nada pode ser intelectualmente um problema, se não tiver sido, em primeiro lugar, um problema de vida prática. As questões da investigação estão, portanto, relacionadas aos interesses e às circunstâncias socialmente condicionadas, sendo frutos de determinada inserção no real, nele encontrando suas razões e seus objetivos (Soler, 2004).

Por metodologia, a referida autora compreende enquanto exercício do pensamento e de prática na abordagem da realidade. Neste sentido, a metodologia ocupa um lugar central no interior das teorias e está, sempre, referida a elas. O método é a alma da teoria, distinguindo a forma exterior com que muitas vezes é abordado tal tema - técnicas de instrumentos - do sentido generoso de pensar a metodologia como articulação entre conteúdos, pensamentos e existência (Soler, 2004).

A metodologia inclui as concepções teóricas e o conjunto de técnicas que possibilitam a reconstrução da realidade, ainda que, parcialmente, o que depende não só da capacitação do pesquisador, mas também da sua criatividade e das condições objetivas para produção da pesquisa (Minayo, 1999).

Ao realizar minha pesquisa de campo, tomei nota de que somente “estar em campo” não basta. Segundo E. Pritchard (1978:300 *apud* Dias Scopel, 2005), “o que se traz de um estudo de campo depende muito do que se leva para ele”, já que a fundamentação teórica, a partir da leitura de bibliografias, publicações e documentos com informações correspondentes ao tema, é de vital importância para a realização do estudo. Deste modo, a busca por tal fundamentação me auxiliou na definição dos objetivos, como também orientaram a minha observação durante a permanência nos *loci* da pesquisa.

O foco da pesquisa foi direcionado à estrutura de trabalho¹⁸ das Casas de Apoio à Saúde Indígena, relacionada às atividades do ciclo da Assistência Farmacêutica. Tal direcionamento partiu de leituras e reflexões das discussões sobre a necessidade de uma política de utilização de medicamentos na Saúde Indígena, presentes nos relatórios das Conferências Nacionais de Saúde (CNS) e em publicação intitulada “*Subsídios para uma Assistência Farmacêutica no contexto de Atenção à Saúde Indígena: Contribuições da Antropologia*”¹⁹, a qual me apresentou a diretriz *Uso seguro e Racional do Medicamento* presente na Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, também muito importante para a pesquisa.

1. Considerações sobre a pesquisa

Esta pesquisa apresenta objetivo exploratório²⁰ e descritivo²¹, de natureza qualitativa. As informações obtidas na pesquisa de campo - durante os meses de julho e dezembro de 2006 e janeiro a fevereiro de 2007- deram-se através de entrevistas e observação direta, as quais me auxiliaram na compreensão da forma como a Assistência Farmacêutica é realizada na CASAI Icoaraci e do Amapá. A pesquisa documental também foi realizada durante o estudo, a fim de se obter informações de documentos oficiais sobre a Assistência Farmacêutica no contexto nacional e, especificamente, na saúde indígena.

Durante a prática de campo, procurei realizar um registro fotográfico para que, o mesmo, me auxiliasse a compreender, a partir de uma dimensão imagética, os espaços onde foram encontrados os medicamentos, a maneira como estavam dispostos nestes

¹⁸ Segundo Donabedian *apud* Santos Filho (1999), a estrutura de um serviço de saúde inclui seus recursos humanos, infra-estrutura e procedimento organizacional.

¹⁹ Cf. DIEHL, Eliana; RECH, Norberto. “Subsídios para uma Assistência Farmacêutica no contexto de Atenção à Saúde Indígena: Contribuições da Antropologia.” In: LANDGON, Esther Jean; GARNELO, Luiza (Orgs.). *Saúde dos Povos Indígenas: Reflexões sobre Antropologia Participativa*. ABA, 2004.

²⁰ Segundo Gil (2002), uma pesquisa exploratória visa proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito.

²¹ Segundo Gil (2002) a pesquisa descritiva tem como objetivo primordial a descrição das características de determinadas populações ou fenômenos. Uma de suas características está na utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados, tais como o questionário e a observação sistemática. Destacam-se também na pesquisa descritiva aquelas que visam descrever características de grupos (idade, sexo, procedência etc.), como também a descrição de um processo numa organização, o estudo do nível de atendimento de entidades, levantamento de opiniões, atitudes e crenças de uma população.

locais, os documentos utilizados nas ações envolvidas à “prática” da Assistência Farmacêutica nas respectivas CASAIS, entre outros.

Sigo as orientações de cunho antropológico indicadas por Cardoso de Oliveira (2000), quando o autor ressalta o caráter constitutivo do olhar, do ouvir e do escrever na elaboração do conhecimento próprio do campo cultural, ou mesmo, social e/ou da teoria social (Soler, 2004). Sendo assim, o exercício do olhar, do ouvir e do escrever fizeram-se presentes nas observações, nas entrevistas e na textualização da realidade encontrada, respectivamente.

Semelhante às considerações de Dias Scopel (2005) sobre sua ida à terra indígena Laklãnõ (TIL), considere a minha experiência de campo como uma espécie de “aventura antropológica”²², pois realizar a pesquisa em uma Casa de Apoio à Saúde Indígena, de alguma forma, me aproximava desta consideração. Tratava-se, desta forma, do meu primeiro contato - e trabalho - com populações indígenas, além do exercício de um “pensamento inaugural” sobre a realização de um estudo etnográfico²³ referente ao gerenciamento do medicamento na CASAI.

A presente pesquisa foi realizada nas Casas de Apoio à Saúde Indígena Icoaraci (Dezembro de 2006 e Janeiro de 2007), localizada no município de Belém e do Amapá (Julho de 2006 e Fevereiro de 2007), localizada no município de Macapá, pelo fato de ambas terem tido em seu quadro de recursos humanos, um profissional farmacêutico e o espaço farmácia, considerados critérios para a minha escolha.

Para a efetiva viabilização do estudo precisei submetê-lo ao Comitê de Ética em Pesquisa, a fim de que fosse apreciado o projeto de pesquisa. Após aprovação, elaborei um ofício para aprovação e ciência do conteúdo da pesquisa ao coordenador da FUNASA regional (Apêndice 02) e do DSEI Amapá-Norte do Pará (Apêndice 03), com informações resumidas sobre objetivos e metodologia do presente trabalho.

²² Parafraseando o título da publicação *A aventura Antropológica: teoria e prática*, organizada por Ruth Cardoso, editada em 1997 pela Paz e Terra.

²³ A pesquisa etnográfica consiste no estudo de uma organização, por vivência direta da realidade, onde este se insere permitindo analisar o componente social das tarefas desempenhadas na mesma.

Seguindo as recomendações de Minayo (2005), preocupei-me em identificar os atores sociais que tivessem envolvimento com a questão investigada e que possibilitassem abranger a totalidade do problema em suas múltiplas dimensões. Sendo assim, busquei listar os funcionários envolvidos direta e indiretamente no ciclo da Assistência Farmacêutica prestada no *locus* da pesquisa.

Os sujeitos da pesquisa, em ambas as CASAIS, exerciam funções administrativas e da enfermagem. No entanto, demais profissionais de saúde que fizeram parte do quadro de recursos humanos da FUNASA, em período anterior à pesquisa, também foram considerados fontes importantes.

Aos mesmos, apresentei o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice 04), com informações sobre os objetivos e procedimentos do estudo, firmando o caráter voluntário da participação e a garantia do anonimato, bem como a possibilidade de desistência a qualquer momento, sem prejuízo de qualquer natureza.

A fim de atingir os objetivos da pesquisa, busquei exercitar “o olhar”, “o ouvir” e “o escrever”, conforme considerações de Cardoso de Oliveira (2000). Para Minayo (2005:35), a ida ao campo significa “ir para ver, ouvir, observar e comunicar-se” e, deste modo, pude coletar informações pertinentes à discussão do estudo. Para a coleta de informações e observações foi utilizado um modelo de roteiro²⁴. Segundo Minayo (2005:133), “o roteiro se apóia na habilidade relacional do investigador e na sua capacidade em transformar o objeto teórico em conversas com finalidade e em observações com propósito”, permitindo a abertura para novas descobertas e o foco nas questões previamente apontadas para investigação.

A partir do exercício do “olhar”, pude observar como as etapas da Assistência Farmacêutica são conduzidas nas CASAIS em estudo. Para esta estratégia, foi utilizado como instrumento de pesquisa o roteiro de observação (Apêndice 05), com questões observacionais, que me conduziram a observar o atendimento dos principais requisitos

²⁴ Por roteiro se entende uma listagem de temas que desdobram os indicadores qualitativos, elaborados de forma compartilhada com diferentes atores envolvidos em uma investigação. Sobre o assunto consultar: MINAYO, Maria Cecília; ASSIS, Simone Gonçalves; SOUZA, Edinilsa Ramos (Orgs.). *Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005:133

pertinentes às ações que envolvem o ciclo da Assistência Farmacêutica, desde a etapa da seleção até a dispensação, de acordo com a resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 338/04 que aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica.

Para Cardoso de Oliveira (2000:19):

A primeira experiência de pesquisador de campo está na domesticação teórica de seu olhar. Isso porque, a partir do momento em que nos sentimos preparados para investigação empírica, o objeto, sobre o qual dirigimos nosso olhar, já foi previamente alterado pelo próprio modo de visualizá-lo. Seja qual for esse objeto, ele não escapa de ser apreendido pelo esquema conceitual da disciplina formadora de nossa maneira de ver a realidade.

A partir desta consideração, apresentei-me durante a observação com o olhar disciplinado, buscando estar “sintonizado com o sistema de idéias e valores próprios da disciplina formadora” (Cardoso de Oliveira, 2000:32), no caso a Assistência Farmacêutica, mas aberta à tentativa de abordagem antropológica.

As observações realizadas em consonância ao roteiro de observação foram registradas em diário de campo. Para cada CASAI havia um diário de campo correspondente, o que foi importante para a organização e registro das observações do estudo, visto que facilitavam a minha releitura sobre aquele determinado gesto, ação ou momento observado. Para que essas observações fossem “visualizadas”, fiz uso de máquina fotográfica digital.

Por intermédio do ato de ouvir, foi possível apreender dos sujeitos da pesquisa o que Cardoso de Oliveira (2000) chama de “modelo nativo”. Durante o trabalho de campo, procurei considerar as tarefas de coleta de informações como um momento de interlocução, pois como refere Cardoso de Oliveira (2000):

No ato de ouvir o "Informante", o etnólogo exerce um poder extraordinário sobre o mesmo ainda que pretenda posicionar-se como observador o mais neutro possível, desempenhando uma função profundamente empobrecedora do ato cognitivo na relação pesquisador/ informante: as perguntas feitas em busca de respostas pontuais, lado a lado da autoridade de quem as faz, criam um campo ilusório de interação. A rigor, não há verdadeira interação entre nativo e pesquisador (...) Ao passo que transformando-o em "Interlocutor" uma nova modalidade de relacionamento pode e deve ter lugar.

Para este momento, fiz uso de um roteiro de entrevista (Apêndice 06) semi-estruturada²⁵, do tipo focalizado²⁶ com questões divididas entre dados da entrevista, do entrevistado e sobre o tema em estudo. A partir deste, busquei em geral, ouvir as informações referentes à lógica da “Assistência Farmacêutica” prestada, às dificuldades em se realizar tal tarefa e ao espaço destinado aos medicamentos, a fim de se operacionalizar a abordagem empírica do ponto de vista dos entrevistados e permitir emergir as categorias empíricas e os significados relativos à realidade em estudo.

Durante a pesquisa tive a oportunidade de dialogar com dois odontólogos da FUNASA, que exerciam suas atividades no Parque do Tumucumaque. Achei interessante obter informações sobre como a medicação do indígena, que retornava à aldeia após acolhimento na CASAI, fora dispensada. Se a mesma ia conforme recomendação médica em boas condições para administração e acompanhada de alguma orientação de uso, seja manuscrita ou impressa.

Antes de iniciar a entrevista, solicitava ao interlocutor a permissão para a gravação da conversa, a fim de se facilitar a discussão da pesquisa, mas foram poucos os que concordaram. Deste modo, a grande maioria das entrevistas foi registrada de forma manuscrita por mim.

Os achados da pesquisa documental realizada durante entrada em campo, sinalizaram-me a significativa predominância de documentos oficiais referentes às políticas de medicamentos, diagnóstico e estruturação da Assistência Farmacêutica das sociedades não-indígenas sobre as indígenas (talvez pelo fato do referido assunto ser recente na Saúde desses Povos). Dentre os documentos pesquisados, merecem destaque a Resolução nº 338 do Conselho Nacional de Saúde de 06 de maio de 2004, a qual aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica e a Portaria nº 254 de 31 de

²⁵O roteiro de entrevista semi-estruturada deve se apoiar nas variáveis e indicadores considerados essenciais e suficientes para a construção de dados empíricos, podendo ser organizado em tópicos temáticos que funcionam como “lembretes”, além de servir como orientação e guia para o andamento da interlocução. Sobre o assunto, consultar: MINAYO, Maria Cecília; ASSIS, Simone Gonçalves; SOUZA, Edinilsa Ramos (Orgs.). *Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005:136.

²⁶ Segundo Minayo (2005: 134): “O roteiro é categorizado como focalizado quando possui uma lista de questões que a princípio serão submetidas a todos os entrevistados, mas que concedem liberdade ao entrevistador ou entrevistado para explorar mais determinada temática, relato de experiência ou ponto de vista”.

janeiro de 2002, que aprova a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, a qual contempla a Assistência Farmacêutica em uma de suas diretrizes.

As informações registradas em diário de campo, as fotografias e as gravações obtidas em entrevistas, foram organizadas após o encerramento da fase de coleta de dados e das observações de campo. Cada CASAI possuía uma pasta correspondente para acondicionamento do material de pesquisa coletado durante prática de campo.

A análise baseou-se em abordagem descritiva da estrutura destinada à Assistência Farmacêutica na CASAI, abrangendo recursos humanos, instalações e organização das atividades.

De posse das informações coletadas nas observações e entrevistas, a estratégia seguinte foi de elaborar a base textual da pesquisa. Concorde com Cardoso de Oliveira (2000, 31;32) ao dizer que:

[s]e o olhar e o ouvir constituem a nossa percepção da realidade focalizada na pesquisa empírica, o escrever passa a ser parte praticamente indissociável do nosso pensamento, uma vez que o ato de escrever é simultâneo ao ato de pensar. É no processo de redação de um texto que o nosso pensamento caminha, encontrando soluções que dificilmente aparecerão antes da textualização dos dados provenientes da observação sistemática.”

CAPÍTULO IV - “PRATICANDO” ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NA CASAI

Segundo o Ministério da Saúde (2006), não é suficiente considerar que se está oferecendo atenção integral à saúde quando a logística da Assistência Farmacêutica é reduzida em adquirir, armazenar e distribuir medicamentos. É preciso agregar valores às ações e aos serviços sanitários por meio do desenvolvimento da Assistência Farmacêutica.

Para a integração da Assistência Farmacêutica ao sistema de saúde, deve-se: ter trabalhadores qualificados; selecionar os medicamentos mais seguros, eficazes e de menor custo; programar adequadamente as aquisições; adquirir a quantidade certa e no momento oportuno; armazenar, distribuir e transportar adequadamente os medicamentos para garantir a manutenção da sua qualidade; gerenciar os estoques; disponibilizar protocolos e diretrizes de tratamento, além de formulário terapêutico; prescrever racionalmente; dispensar (ou seja, entregar o medicamento ao usuário com orientação do uso); e monitorar o surgimento de reações adversas, entre tantas outras ações (Ministério da Saúde, 2006) e, sobretudo, em se tratando dos povos indígenas, adequar essas ações às especificidades culturais e epidemiológicas destes grupos.

Deste modo, pretendo neste capítulo, apresentar ao leitor as observações, informações e fotografias advindas da pesquisa de campo na CASAI Icoaraci e do Amapá, sobre como a Assistência Farmacêutica é realizada nestes espaços. Foi tomada como referencial para a discussão destes dados, a Resolução nº 338/04 e a Portaria nº 254/02.

Durante as idas a campo, foram observados pontos positivos e negativos relacionados ao modo de “gerenciar” os medicamentos nas CASAIS pesquisadas.

Ainda que pesem os esforços em se garantir o acesso dos usuários indígenas aos medicamentos prescritos, fragilidades e desacertos despontam quando observamos a estrutura de recursos humanos e de espaço destinada à operacionalização da Assistência Farmacêutica na saúde indígena. Deste modo, sob estas estruturas, o processo de Assistência Farmacêutica não atende às especificações da Resolução 338/04 e Portaria

254/02, comprometendo então, as ações necessárias para o acesso e uso racional de medicamentos essenciais nas populações indígenas.

1. Considerações sobre os Recursos Humanos

Nos documentos sobre promoção da saúde ressalta-se sempre a importância da reorientação dos serviços sanitários, o que requer mudanças na educação e ensino dos profissionais da área de saúde para proporcionar mudanças de atitudes e de organização dos serviços, com enfoque nas necessidades globais do indivíduo como pessoa integral que é (Oliveira, 2004).

Sob esta ótica, o profissional de saúde que presta atendimento às sociedades etnicamente diferenciadas, deve estar direcionado a contemplar as especificidades destes grupos, seguindo a premissa do atendimento diferenciado, conforme a diretriz *Preparação de recursos humanos para atuação em contexto intercultural* da Portaria que aprova a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, que afirma o seguinte:

A capacitação dos recursos humanos para a saúde indígena deverá ser priorizada enquanto instrumento fundamental de adequação das ações dos profissionais e serviços de saúde do SUS às especificidades da atenção à saúde dos povos indígenas e às novas realidades técnicas, legais, políticas e de organização dos serviços. Deverão ser promovidos cursos de atualização/aperfeiçoamento/especialização para gestores, profissionais de saúde e assessores técnicos (indígenas e não indígenas) das várias instituições que atuem no sistema. (Portaria 254/02).

Sobre o perfil do profissional responsável pela Assistência Farmacêutica, o farmacêutico, nota-se que este tem que estar capacitado ao exercício das atividades relacionadas para o desenvolvimento, produção, controle de qualidade e uso racional de medicamentos. Sua prática profissional há que estar pautada em princípios éticos/bioéticos e na compreensão da realidade social, cultural e econômica do seu meio, dirigindo sua atuação para a transformação da realidade em benefício da melhoria da qualidade de vida da sociedade (Marin, 2003).

Para esta discussão, iniciarei com os dados coletados em entrevista realizada com os responsáveis pelas etapas da Assistência Farmacêutica na CASAI do Amapá, os quais apontam o perfil deste profissional frente às suas atividades em Assistência Farmacêutica em um contexto intercultural.

É válido ressaltar que o profissional farmacêutico não fazia parte da composição deste quadro, visto que o seu contrato junto à FUNASA finalizou três meses antes da pesquisa de campo iniciar.

O Quadro 01 aponta a predominância do sexo feminino (80%) na participação das atividades em Assistência Farmacêutica, em entrevista realizada no período de 2006. Destas, 75% tiveram capacitação em saúde indígena ao passo que a totalidade não passou por qualquer tipo de formação técnica sobre como gerenciar o medicamento. Retornando ao campo, em 2007, observei que das pessoas envolvidas na amostra de 2006 (05), 40% não mais estavam responsáveis pelos medicamentos.

QUADRO 01
Capacitação dos profissionais responsáveis pela Assistência Farmacêutica na CASAI do Amapá

Profissão	Sexo	Capacitação em Saúde Indígena	Capacitação técnica em Assistência Farmacêutica	Período da Entrevista
Enfermeiro A	Fem	Sim	Não	2006
Enfermeiro B	Masc	Sim	Não	2006/2007
Téc. de Enfermagem A	Fem	Sim	Não	2006/2007
Téc. de Enfermagem B	Fem	Não	Não	2006
Aux. de Enfermagem A	Fem	Sim	Não	2006
Assist. administrativo A	Masc	Sim	Não	2007

Fonte: Roteiro de Entrevista, 2006/2007

O Assistente Administrativo A, ao ingressar na CASAI no final de julho de 2006, ficou sob a total responsabilidade da execução das atividades relacionadas ao gerenciamento do medicamento na CASAI do Amapá. O Enfermeiro B e a Técnica de Enfermagem A permaneceram, mas possuem atividades restritas ao processo de pedido de medicamentos. O motivo desta mudança deveu-se, segundo o funcionário:

À necessidade de controlar melhor o medicamento, igual como era feito na presença da farmacêutica. Somente ela resolvia o pedido, recebimento e atendimento dos medicamentos na CASAI. Assim, não sumia os remédios dos índios (Assistente Administrativo A, 2007).

Traçando um perfil deste profissional, o mesmo está na FUNASA na condição de contratado, possui grau de escolaridade de nível médio completo e atua na CASAI há menos de 05 anos. O profissional está capacitado em exercer suas atividades em contextos inter-étnicos, mas mesmo sem conhecimento técnico sobre Assistência Farmacêutica, considera que sua função na CASAI não é desafiadora, conforme relato:

Não tenho dificuldade em exercer minhas atividades aqui. Salvo situações em que as meninas da enfermagem ou os pacientes me pedem “remédio bom para alguma coisa” e não sei o que atender, por exemplo: que remédio é bom para micose? Isso acontece o tempo todo! (Assistente Administrativo A, 2007).

Sob este comentário, considero oportuno destacar a suscetibilidade de risco à saúde, quando se delega funções de “poder” a pessoas que não detêm o saber técnico para a realização da mesma. A forma como o medicamento se apresenta no imaginário da sociedade, enquanto agente farmacológico, mercadoria e símbolo (Lefreve, 1991), impulsiona a procura por estes recursos, propiciando o uso indiscriminado de medicamentos, quando dispensados.

Nestas situações, a dispensação de um produto farmacológico sem necessidade de uso, tampouco com orientação técnica sobre a forma de usar, desencadeia uma série de fatores negativos à saúde do paciente, como a ocorrência de reações adversas, por exemplo. Dupim (1999) enfatiza a necessidade de verificar a existência de pessoal qualificado para realizar a abordagem ao paciente; a análise da prescrição; a inspeção física dos medicamentos dispensados e a orientação e educação ao paciente.

Com relação ao quadro funcional da CASAI Icoaraci, gostaria de registrar que durante a pesquisa, o profissional farmacêutico não mais realizava suas atividades no local. Dois anos antes de minha inserção no campo, havia uma farmacêutica, concursada pela FUNASA, que era responsável pela Assistência Farmacêutica da referida CASAI. Na verdade, o DSEI Guamá-Tocantins possui em seus recursos humanos uma única farmacêutica responsável em organizar os medicamentos em todas

as instâncias de atendimento do distrito, como os Pólo-bases e os Postos Indígenas, além das CASAIS.

Dos profissionais atuantes na CASAI Icoaraci, somente 03 exercem atividades semelhantes às etapas da Assistência Farmacêutica: o médico, a chefia de enfermagem e uma funcionária administrativa. Exceto a enfermeira, os mesmos atuam na CASAI há mais de 05 anos e já fizeram inúmeros cursos para atendimento humanizado na Saúde Indígena.

No Quadro 02, resumidamente, aponte as principais atividades exercidas por estes profissionais no que diz respeito à logística do medicamento. O médico tem a função de autorizar os pedidos de compra de medicamentos e, em alguns casos solicita e autoriza; a enfermeira responsabiliza-se somente pelo pedido de medicamentos para procedimentos de curativos e lavagem bucal e o Assistente Administrativo realiza o pedido de medicamentos, recebendo os mesmos e distribuindo-os no “Ambulatório” (Posto de Enfermagem).

Entretanto, ao serem questionados sobre a sua competência técnica em exercer tais funções, os mesmos justificaram a não necessidade deste tipo de conhecimento, pelo fato de já terem tido experiências anteriores com o gerenciamento de medicamentos. Percebo assim, que tais profissionais esquecem que lidar com a logística do medicamento vai muito além de apenas solicitá-lo, guardá-lo adequadamente e distribuí-lo.

Além disto, a Assistência Farmacêutica também é entendida como meio de controle de estoque de medicamentos. Em todas as falas dos profissionais entrevistados, escutei a palavra “controle” quando questionava sobre os seus entendimentos em Assistência Farmacêutica. Segundo a Chefia de Enfermagem, a falta deste controle pode desencadear alguns transtornos, conforme relato abaixo:

No interior sempre é o enfermeiro que toma conta dos medicamentos. Só se vê o enfermeiro tomando conta de tudo, do paciente, do medicamento, da hora de tomar o remédio etc. Mas lidar com isso é complicado, principalmente, quando a gente não consegue controlar a saída de medicamentos. Daí, o paciente adoce e não tem remédio para dar. Por isso, que aqui eu prefiro deixar nas mãos da assistente

administrativa. Se algum índio reclamar na imprensa sobre a falta de remédio, eu não tenho nada a ver com isso. (Chefia de Enfermagem, 2006)

QUADRO 02
Responsabilidades na gestão dos medicamentos (Assistência Farmacêutica)
da CASAI Icoaraci

Atividades	Profissionais		
	Médico	Enfermeiro	Assistente administrativo
Seleção de medicamentos	NSI	NSI	NSI
Preenchimento do padrão de consumo de medicamentos	NSI	NSI	NSI
Programação de medicamentos	NSI	NSI	NSI
Solicitação do pedido de medicamento	P	P	PR
Recebimento do medicamento	NA	NA	PR
Armazenamento do medicamento	NA	R	PR
Atendimento dos pedidos de medicamentos	NA	NA	PR
Dispensação do medicamento	NR	NR	NR
Demais atividades			
Inventário de medicamentos	NA	NA	R
Retirada de medicamentos vencidos / avariados	NA	NA	R

LEGENDA: (PR) Principal responsável (P) Participa (SA) Somente autoriza (NA) Não acompanha (NSI) Não sabe informar (R) Raramente realiza (NR) Não realiza

Fonte: Roteiro de Entrevistas (2006/2007) e Resumo de responsabilidades na gestão do medicamento

Para Soler (2004), é necessário que se tenha a percepção de que o ciclo da Assistência Farmacêutica não compreende, simplesmente, o gerenciamento de suas etapas. Não há de ser a simplesmente a implantação deste ciclo, ou o controle de estoque que assegurará a sustentabilidade do acesso aos medicamentos, mas sim, a qualificação constante do conhecimento apropriado em Assistência Farmacêutica, o que não foi observado entre os interlocutores da pesquisa.

2. Infra-estrutura do espaço destinado aos medicamentos: farmácia

Em ambas as CASAIS havia um espaço designado como Farmácia antes de minha pesquisa de campo, mas alguns fatores como rotatividade de pessoal e problemas internos, levaram à desativação deste espaço, modificando, então, a rota e os procedimentos destinados aos medicamentos. No entanto, este subitem do capítulo 4 propõe-se a descrever sobre as condições do espaço, onde, durante a pesquisa, eram armazenados e controlados os medicamentos.

A prática de campo na CASAI do Amapá me trouxe inúmeras surpresas, dentre elas, a reativação da farmácia no final de 2006. No entanto, em julho deste mesmo ano, quando fui pela primeira vez a CASAI do Amapá, encontrei medicamentos em diversos lugares, desde a sala da gerência administrativa, passando pela sala do enfermeiro, em uma sala fechada que, acredito, funcionava como depósito (Figura 07) além da farmácia-auxiliar (Figura 08).



FIGURA 07_ Medicamentos armazenados na área interna da sala que funciona como depósito
Fonte: Pesquisa de Campo, 2006.

Tais espaços eram de fácil acesso aos funcionários da CASAI, mas tudo indica que a acessibilidade era caracterizada em “pegar o que quer, quando quiser e quantos puder”, segundo relato do atual responsável pela farmácia. Os mesmos não dispunham de nenhuma adequação de área física para armazenamento e estocagem de medicamentos e, por isso, os produtos farmacêuticos eram dispostos em caixas no chão, bancadas de concreto, em ambiente não climatizado (em alguns destes espaços) e sob

incidência direta da luz solar, o que compromete sua estabilidade terapêutica e características físico-químicas. Além disso, foi observada a falta de estrutura específica destinada ao armazenamento de medicamentos controlados, que deve ser específico para produtos de controle especial.



FIGURA 08_ Armário de aço da farmácia-auxiliar da CASAI do Amapá
Fonte: Pesquisa de Campo, 2006.

A antiga farmácia era bem diferente sendo a sua localização de fácil acesso, mas a acessibilidade não permitida à área interna da farmácia. Seu canal de contato com o corpo de enfermagem e usuários indígenas da CASAI, dava-se por um quadrado de vidro fumê que continha uma pequena abertura para a saída dos medicamentos e materiais técnicos que seriam dispensados (Figura 09).

A sala era relativamente ampla, climatizada, possuía dois computadores, estantes de aço e estrados para estocagem dos medicamentos, além de mobiliário para escritório como mesa, cadeiras e entre outros, os quais não estão mais presentes na farmácia (Figura 10). Segundo Ministério da Saúde (2006), o atendimento destes requisitos propicia à realização da Assistência Farmacêutica bem como facilita os procedimentos administrativos destinados a sua execução.



FIGURA 09_Via de contato da antiga farmácia com os pacientes e profissionais da CASAI do Amapá

Fonte: Pesquisa de Campo, 2006.



FIGURA 10_Área interna da antiga farmácia da CASAI do Amapá

Fonte: Pesquisa de Campo, 2006.

Além da presença da farmacêutica, a farmácia contava com o quadro de funcionários administrativos para realização da estatística da entrada e da saída de medicamentos da farmácia, bem como realização de demais rotinas do setor como dispensação, por exemplo. Mas como dito anteriormente, em março de 2006 este espaço passou a não ser mais utilizado e, sem a farmácia, os medicamentos encontravam-se dispostos em vários lugares na CASAI e sob a responsabilidade de várias pessoas.

No final de 2006, houve a proposta de reativar a farmácia. A crescente perda de medicamentos, seja por extravios ou validade expirada, fizeram com que a chefia administrativa da CASAI reestruturasse o setor. No entanto, não fora no mesmo local.

A “nova” farmácia da CASAI do Amapá se encontrava em uma das salas em que era realizado o atendimento médico. Seu acesso era facilitado, pois se encontrava ao lado do consultório e no mesmo corredor do posto de enfermagem. Se comparada à antiga farmácia, este espaço era bem menor. Os medicamentos estavam dispostos junto com os materiais técnicos em uma mesma estante de aço, na lateral esquerda da sala. Existia também um armário fechado (na lateral direita), onde eram armazenados os medicamentos conforme ordem alfabética de nome genérico ou de nome comercial.

A sala não era climatizada e o controle de temperatura era dado por ventilação mecânica, nos momentos em que o funcionário estava no setor. A farmácia possuía uma janela de madeira, próxima à estante de medicamentos, que não possuía vidros. A iluminação da farmácia durante o dia era natural, pois a única janela presente no setor ficava aberta, proporcionando o clareamento da farmácia (Figura 11) e, provavelmente, a incidência de raios solares nos medicamentos, comprometendo a estabilidade destes produtos.

Observou-se, então, que a intenção de ter novamente uma farmácia fora uma ação interessante, mas a falta de conhecimento técnico sobre as condições de infraestrutura do local, poderia implicar negativamente na realização das etapas da Assistência Farmacêutica, principalmente na fase de armazenamento, que será descrita mais adiante.



FIGURA 11- Área interna da farmácia da CASAI do Amapá
Fonte: Pesquisa de Campo, 2006.

Com relação à CASAI Icoaraci, no primeiro dia de campo, após conhecer algumas de suas dependências, identifiquei o local onde realizaria as minhas observações e entrevistas: o Posto de Enfermagem, que também funcionava como Farmácia.

O referido posto estava localizado no final da estrutura predial da CASAI Icoaraci, na sala onde funcionava o antigo laboratório. Por se tratar de um amplo espaço, também se destinava a acondicionar e controlar medicamentos, exercendo um papel similar ao de uma Farmácia, segundo considerações da Assistente Administrativo A. Sua única via de acesso era uma porta de madeira branca, sem identificação do setor (Figura 12).

Era um espaço grande, bem iluminado artificialmente e pouco ventilado, pois não possuía janelas somente dois balancinhos, mas era refrigerado por conta do ar-condicionado. Ao entrar, percebi uma ante-sala, conhecida como “farmácia”, onde

estavam dois armários de aço na cor cinza e um de ferro na cor branca, que armazenavam os medicamentos utilizados pelos usuários indígenas da CASAI. Esta ante-sala era separada do “Posto de Enfermagem” por um balcão de concreto (onde funcionava a bancada de laboratório). Os armários de aço armazenavam os medicamentos a serem administrados (armário de duas portas) e os medicamentos que ficariam em estoque (armário de três portas) conjuntamente com o de ferro.



→ Entrada do Posto de
Enfermagem /
Porta Branca

FIGURA 12 - Porta de entrada ao posto de enfermagem da CASAI Icoaraci
Fonte: Pesquisa de Campo, 2006

Segundo o comentário feito pelo odontólogo da CASAI Icoaraci, a “farmácia se resume em três armários”. E, infelizmente, ele não estava errado.

3. Organização do serviço: entendendo a lógica da Assistência Farmacêutica prestada

Para fins de conhecimento, o ciclo da Assistência Farmacêutica, quando bem organizado, promove o acesso da população a medicamentos essenciais em boas condições de uso, sob dispensação adequada e orientada na premissa de racionalizar a utilização de medicamentos e possibilitar a melhoria na qualidade dos serviços de saúde e vida da população atendida (Oliveira, 2004).

A partir da aplicação do roteiro de observação, pude exercitar o olhar sobre as práticas (in)diretamente relacionadas às etapas da Assistência Farmacêutica, conforme descrição nos subitens abaixo.

3.1 Seleção de medicamentos

A seleção de medicamentos é considerada o eixo do ciclo da Assistência Farmacêutica, visto que as demais atividades desse ciclo serão desenvolvidas com base no elenco de medicamentos selecionados, tanto em nível ambulatorial quanto hospitalar (Marin *et al.*, 2003).

A ausência de uma Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) implica na estruturação, organização e condução do processo de seleção de medicamentos que deve ser baseado em critérios epidemiológicos, técnicos e econômicos, adotando a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais, como referência ao processo de seleção. Com base nos dados do Quadro 03, visualizo o não cumprimento dos requisitos básicos para a seleção de medicamentos em ambas as CASAIS.

QUADRO 03
Requisitos para a seleção de medicamentos

Seleção de Medicamentos		
Requisitos	CASAI do Amapá	CASAI Icoaraci
Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT);	NR	NR
Utilização de dado epidemiológico como critério para seleção de medicamentos	NR	NR
Padronização de medicamentos conforme a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME)	NR	NR

Legenda: (R) Realizado (NR) Não Realizado

Fonte: Roteiro de observações, 2006/2007

Durante prática de campo na CASAI do Amapá, tive a oportunidade de acompanhar a realização de pedido de medicamentos com base em uma relação de substâncias farmacêuticas. De antemão, imaginei que seria a lista de medicamentos essenciais da CASAI e procurei ver quais medicamentos haviam sido selecionados. Na

verdade, era uma lista de medicamentos padronizados pelo DSEI Amapá e Norte do Pará (Apêndice 07), que contemplava medicamentos da RENAME, mas que não atendia às especificidades da demanda da CASAI, pois segundo o funcionário da farmácia:

Nem sei para que serve esta lista? Os medicamentos prescritos pelo médico nunca estão aqui. (Assistente Administrativo A, 2007)

É preciso destacar que o processo de seleção de medicamentos deve ser cuidadosamente elaborado, com critérios de racionalidade e essencialidade, face ao grande número de especialidades farmacêuticas lançadas no mercado e que não representam melhoria sob o ponto de vista terapêutico, fora o número de especialidades que possuem o mesmo efeito terapêutico.

Segundo Brasil (2006), a padronização dos medicamentos selecionados deve ser feita pelo nome de seu princípio ativo, nome químico ou substância ativa, a fim de se racionalizar custos e otimizar os recursos disponíveis o que geralmente se torna uma barreira quando os profissionais de saúde estão acostumados a lidar com os “medicamentos de marca”, massivamente divulgados pela propaganda da indústria farmacêutica.

3.2 Programação de medicamentos

Uma programação deficiente pode acarretar a falta de alguns produtos e excesso de outros, perda de medicamentos, prescrições equivocadas, necessidade de “compras de urgência” e fragmentadas (Soler, 2004) as quais foram observadas em ambas as CASAIS. Não foi identificada a adoção dos critérios preconizados para a programação de medicamentos, tampouco a definição dos medicamentos prioritários a serem adquiridos frente à disponibilidade de recursos.

A necessidade de se dispor de dados sólidos sobre o consumo de medicamentos, e o perfil epidemiológico local, reflete na quantidade de medicamento necessária ao atendimento da demanda da população atendida em determinado serviço de saúde (Soler, 2004). Sendo assim, é válido ressaltar que o processo de programação nestes espaços foi inoperante, visto que era realizado sem metodologia apropriada e,

tampouco, contemplava os objetivos desta fase já que durante algumas observações, percebi a realização de compras de medicamentos em quantitativos injustificáveis.

Para que não ocorresse descontinuidade no suprimento de medicamento durante a semana e, inclusive, no final de semana (visto que os assistentes administrativos responsáveis não trabalhavam neste período), ambas as CASAIS estabeleceram um cronograma para o atendimento das necessidades terapêuticas que viessem a ocorrer, descrita no quadro 04. Entretanto, a realização do levantamento de medicamentos que consideravam estar em estoque insuficiente (quinta-feira na CASAI Icoaraci e sexta-feira na CASAI do Amapá), além da estimativa de medicamentos necessários para procedimentos de diagnóstico, de curativo e manutenção de veia (segunda-feira em ambas CASAIS) não caracterizava estes atos enquanto programação.

QUADRO 04

Cronograma de "programação" de medicamentos nas CASAIS

Dia da semana	CASAI Icoaraci	CASAI do Amapá
Segunda-Feira	"Estimativa" de medicamentos que serão necessários para a semana	"Estimativa" de medicamentos que serão necessários para a semana
Terça-Feira		
Quarta-Feira		
Quinta-Feira	"Estimativa" de medicamentos que serão necessários para o fim de semana	
Sexta-Feira		"Estimativa" de medicamentos que serão necessários para o fim de semana

Fonte: Roteiro de observações, 2006/2007

3.3 Aquisição dos medicamentos

Novamente, aponto algumas semelhanças entre as CASAIS estudadas por mim. Sobre a etapa de aquisição, percebi a realização freqüente de pedidos de compras de medicamentos, em pequenas quantidades e em regime de urgência.

No entanto, as diferenças também merecem destaque. As observações feitas na CASAI Icoaraci, possibilitaram-me ver que o pedido de medicamentos era feito em formulário padronizado (Anexo 03). Eram solicitados os medicamentos prescritos pelo

médico da CASAI, como também vindo de receituário externo (pacientes internados em hospitais). Depois de feito o pedido, era solicitada a assinatura do médico, da coordenação da CASAI ou da enfermeira-chefe, para que fosse mandado via fax à distribuidora farmacêutica MARCOMED, conveniada com a FUNASA (Figura 13). Segundo a funcionária administrativa, a FUNASA local não compra medicamentos para CASAI, somente para as aldeias. Diferente do que acontecia na CASAI do Amapá, que solicitava os medicamentos diretamente para esta instituição.

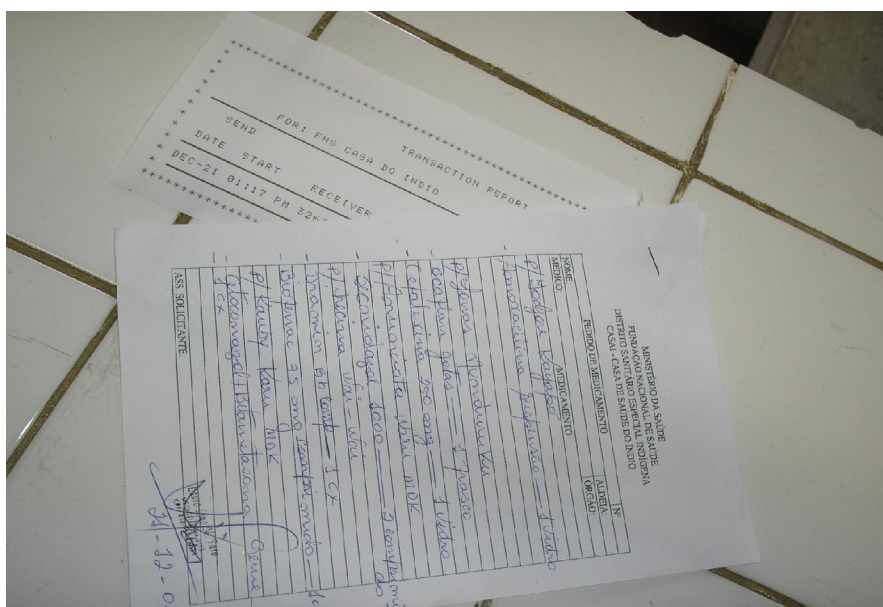


FIGURA 13: Formulário padronizado para pedido de medicamento da CASAI Icoaraci
Fonte: Pesquisa de Campo, 2006

A CASAI do Amapá também fazia uso de um formulário próprio, denominado de Comunicado Interno (CI). Em situações de falta do medicamento no estoque da CASAI, e/ou de prescrição de medicamentos não padronizados pela FUNASA, estabelecia-se como rotina, elaborar CI à referida instituição para reposição ou compra externa dos mesmos no quantitativo necessário ao tratamento. No decorrer de janeiro a junho de 2006 foram encaminhados 70 comunicados internos da CASAI do Amapá para compra de substâncias medicamentosas diversas, inclusive, de custo elevado (Figura 14).

Observei que em ambos os formulários, as informações descritas versavam sobre o nome do paciente, a denominação comercial do medicamento, sua concentração (miligrama, micrograma, mililitro ou grama) e a forma farmacêutica (comprimido,

cápsula, frasco-ampola etc), juntamente com o quantitativo que geralmente se apresentava em número de caixa ou vidro, por exemplo: Prexige® 100mg, 01 caixa.

A não especificação do número de comprimidos no lugar de número de caixas pode levar a equívocos durante o tratamento principalmente em situações em que um mesmo produto se apresenta no mercado em quantitativos diferentes, seja cartela com 15 comprimidos e cartela com 30 comprimidos, por exemplo. Deste modo, descrever o tempo do tratamento também se faz necessário, pois facilitaria a compra da quantidade correta dos medicamentos prescritos aos pacientes.

A periodicidade das requisições de pedidos de medicamentos era diária. Segundo a Enfermeira A, da CASAI Icoaraci, “a rotatividade de paciente é a principal responsável pelos pedidos diários”. No entanto, a falta de estoque de medicamentos padronizados segundo as especificidades locais, reflete-se em não atendimento de tratamento medicamentoso em pacientes portadores de doenças com elevada incidência em populações indignas.

Como exemplo, tem-se o caso de uma paciente indígena que estava sem medicamento para diabetes (Glibenclamida) há um dia, pois veio sem este remédio do hospital onde estava internada. No mesmo dia em que retornou a CASAI, foi solicitada a compra do medicamento, porém, somente após 24h o pedido foi atendido. Isto causou revolta em uma das técnicas de enfermagem, que afirmou: “isso não pode acontecer, esse medicamento é imprescindível. No pedido deve ser grifado o que for de caráter urgente ou então, devemos ter um estoque de medicamentos que mais são prescritos aos pacientes para que nessas horas, não seja necessário esperar pedir e tampouco, chegar o remédio”.

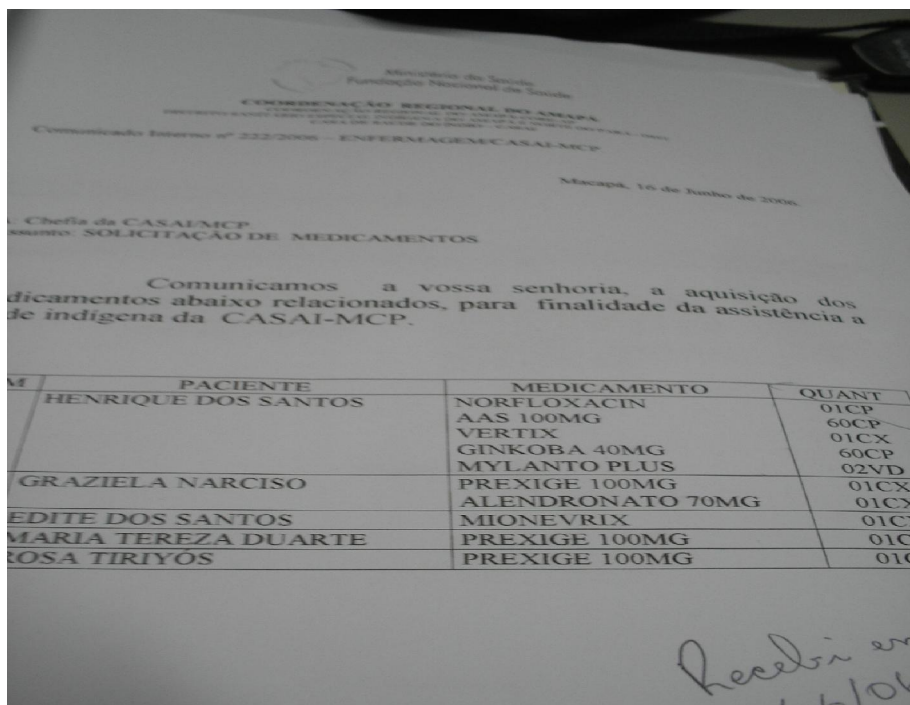


FIGURA 14: Formulário padronizado para pedido de medicamento da CASAI do Amapá
Fonte: Pesquisa de Campo, 2006.

Destaco merecedora atenção ao Comunicado Interno acima, no que diz respeito aos medicamentos solicitados. Como dito anteriormente, o CI era gerado quando se pretendia solicitar medicamentos que não faziam parte do padrão da farmácia do DSEI Amapá e Norte do Pará. Dentre estes, tem-se a solicitação do antiinflamatório Prexige® e do antidescalcificante Alendronato®, medicamentos considerados de alto custo no mercado farmacêutico. Realizei a seguinte pergunta: se o tratamento for prolongado e o paciente precisar retornar à aldeia, quem custeará o tratamento dele fora da CASAI?

Para esta pergunta, obtive a informação de que a CASAI faz a compra do produto para o tempo necessário de tratamento. Caso o medicamento termine e o paciente ainda precise dar continuidade à terapia, o processo de compra deve ser realizado pelo Pólo-Base mais próximo da aldeia. No entanto, observei que em algumas situações, o quantitativo atendido destina-se somente para um período inferior ao tempo necessário de tratamento.

Como observado, a etapa de aquisição de medicamentos nas CASAIS não atende aos requisitos preconizados pela legislação vigente. O que se presencia, é uma prática de compra fragmentada que não traz vantagens na otimização de recursos, beneficiamento e agilidade do atendimento.

3.4 Armazenamento

No dia 19 de julho de 2006, tive a possibilidade de observar o recebimento de medicamentos atendidos pela farmácia do DSEI Amapá e Norte do Pará, na CASAI do Amapá. O recebimento foi realizado por uma técnica de enfermagem na sala dos enfermeiros. Os medicamentos recebidos se encontravam em uma caixa de papelão de tamanho médio. Inicialmente, foi feita conferência dos medicamentos atendidos, de acordo com o solicitado no comunicado interno, entretanto, a observação quanto ao prazo de validade não foi realizada.

Levando em consideração que no momento de recebimento de medicamentos, alguns procedimentos devem ser realizados, sobretudo, o controle do prazo de validade, um comentário da auxiliar de enfermagem A deixou entrever o descaso com o recebimento e armazenamento dos medicamentos na CASAI, ao afirmar:

Olha, medicamento vencido aqui a gente não vê não, porque mais é o controle deles lá [FUNASA], entendeu? Essa parte é com eles lá, porque a gente não vê isso, a gente vê mais a quantidade.²⁷

Em seguida, foram retirados somente os medicamentos que seriam distribuídos ao posto de enfermagem, permanecendo os demais em um armário de aço fechado, na sala dos enfermeiros e no armário da Farmácia – Auxiliar.

Percebeu-se que o acesso à sala do enfermeiro era irrestrito aos funcionários. Medicamento de venda sob prescrição médica, venda livre e de controle especial (controlado), encontravam-se facilmente disponíveis aos profissionais de saúde da CASAI. Ciente deste problema, o Enfermeiro A fez a seguinte consideração:

Aqui fica o grosso dos remédios recebidos, tanto os controlados como os não controlados. O problema é que não dá para trancar a porta, né? Todo mundo entra e sai daqui. Sei que está errado. Sei que quando a gente tinha farmacêutico o controle era maior, mas agora fica difícil. Essa função do controle é da farmácia. Assim, as chances de sumiços são maiores, você sabe que isso acontece em todos os lugares, né? Lembro que o farmacêutico tinha até ficha de prateleira

²⁷ Coletada em 17/07/06, na CASAI do Amapá.

para saber quantos medicamentos tinham na farmácia, agora com a saída dele, não deu pra gente continuar com isso.²⁸

Neste comentário, muitos problemas são pontuados como a falta de estrutura para armazenamento de medicamentos controlados, falta de inventário e/ou registro de controle de entrada e saída de medicamentos, e falta de espaço específico para armazenamento de medicamentos, já que neste armário além dessas substâncias, também se encontravam caixas de papelão com papéis diversos, documentos entre outros (Figura 15). Somado a isto, os medicamentos não estavam dispostos de forma organizada e identificada sob denominação genérica, aumentando as chances de equívocos na sua distribuição.



FIGURA 15_Armário fechado de aço da sala de enfermagem da CASAI do Amapá
Fonte: Pesquisa de Campo, 2006

Com o retorno da farmácia alguns destes pontos foram amenizados. Um deles é que os medicamentos passaram a ser concentrados em um único lugar, a farmácia. Nela, os medicamentos estavam dispostos junto com os materiais técnicos em uma estante de aço, na lateral esquerda da sala. Existia também um armário fechado (na lateral direita), onde eram armazenados os medicamentos, conforme ordem alfabética de nome genérico ou de nome comercial.

²⁸ Depoimento coletado em 20/07/06, na CASAI Macapá.

Segundo o Manual de Instruções Técnicas para a Organização da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica (2006), os medicamentos devem ser ordenados de forma lógica, permitindo fácil identificação dos produtos por forma farmacêutica; em ordem alfabética por princípio ativo, da esquerda para a direita e rotulagem de frente para facilitar a visualização e rapidez na entrega.

O funcionário enfatizou que realizava o controle de validade dos medicamentos encontrados na farmácia e que os mesmos, eram registrados no livro de ata denominado "Livro de receita médica". Além disto, registrava também a entrada e saída de medicamentos da farmácia. Segundo o funcionário, tal conduta servia para manter o controle de medicamento, que segundo ele, “agora acontece”.

O observado foi que era registrada somente a quantidade de medicamento recebido para cada paciente. Se fosse solicitada a quantidade total deste produto armazenado na farmácia, o mesmo não saberia, talvez, de imediato, responder. Notei que a realização de inventário era incipiente.

Em que pesem as similaridades e divergências da CASAI do Amapá e da CASAI Icoaraci quanto à etapa de recebimento/armazenamento do ciclo da Assistência Farmacêutica expostas no quadro 05, é válido ressaltar que é inócuo selecionar, programar e adquirir, seguindo os critérios já especificados, quando as condições disponibilizadas para o armazenamento não garantem a adequada conservação dos atributos medicamentosos. Repensar a falta de capacitação dos profissionais responsáveis pelo armazenamento dos medicamentos nas respectivas CASAIS, significa repensar a qualidade dos produtos farmacêuticos destinados aos indígenas assistidos nestes espaços.

QUADRO 05**Semelhanças e divergências no atendimento de requisitos de armazenamento de medicamentos nas CASAIS**

ARMAZENAMENTO			
Pontos negativos em comum	Pontos positivos em comum	Pontos positivos divergentes	
Não utilização de aparelho de verificação de temperatura;	Presença de estantes e armários de aço	CASAI do Amapá	CASAI Icoaraci
Falta de infraestrutura para armazenamento de medicamentos controlados	Acessibilidade restrita aos armários e estantes de medicamentos		Não existência de medicamentos em contato direto com chão ou parede
Não realização de inventário	Identificação por ordem alfabética de denominação genérica e/ou denominação comercial		Climatização do ambiente
Falta de registro de entrada de medicamentos em fichas de prateleiras	Somente uma pessoa é responsável pelo recebimento e armazenamento		Geladeira para armazenamento de medicamentos que necessitam ficar sob refrigeração
Não conferência das especificações do produto	Conferência das especificações quantitativas do pedido		
Não controle de prazo de validade			

Fonte: Roteiro de observações, 2006/2007

3.5 Distribuição de medicamentos

Em minha pesquisa de campo detectei que esta etapa da Assistência Farmacêutica é a última a ser realizada nas CASAIS em estudo. Após o recebimento de medicamentos seja da farmácia conveniada MARCOMED (Belém) ou NR MEDICAL (Macapá), seja da farmácia do DSEI (Macapá), observei a realização do atendimento dos pedidos de medicamentos dos postos de enfermagem. Nestes pedidos, eram solicitados os medicamentos presentes na prescrição médica do paciente e os medicamentos que deveriam ficar dispostos no posto de enfermagem para procedimentos diversos, como curativo, por exemplo.

Geralmente, esses pedidos eram atendidos na terça-feira e sexta-feira, pois eram os dias em que chegavam as medicações solicitadas para atender a demanda da semana e do final de semana. Na sua maioria, os medicamentos eram liberados sem análise detalhada do pedido. Assim que eram distribuídos aos setores, os funcionários da enfermagem recebiam-nos sem realizar conferência do atendimento. Somente na CASAI do Amapá observei o registro destas saídas de medicamentos, bem como o arquivamento do pedido em pasta específica.

3.6 Dispensação de medicamentos

Pelo que pude perceber, a dispensação foi “dispensada” em ambas CASAIS assim como o profissional farmacêutico. Para Marin *et. al.* (2003) a importância da dispensação, repousa, principalmente, no fato de ser o momento em que os profissionais da farmácia interagem diretamente com o paciente.

Neste caso, o procedimento de dispensação deve assegurar que o medicamento de boa qualidade seja entregue ao paciente certo, na dose prescrita, na quantidade adequada e que sejam fornecidas as informações suficientes para o uso correto de medicamentos.

O dispensador deve estar atento para evitar os problemas relacionados à dispensação, podendo-se citar entre os mais comuns:

- § Interpretação errada da prescrição;
- § Retirada do medicamento errado do estoque;
- § Entregar o medicamento ao paciente na dose errada;
- § Rotulagem inadequada ou inexistente;
- § Tempo insuficiente para conversar com o paciente;
- § Inabilidade em se comunicar com os pacientes acerca da terapia.

Durante minha observação de campo, pude constatar que esses erros aconteceram, mas partiram do corpo de enfermagem. Tem-se como exemplo, o caso de uma paciente que estava sob tratamento para câncer. Na prescrição médica advinda do hospital em que estava internada, continha o medicamento Morfina, que deveria ser

administrado somente se necessário (SN), visto que é um analgésico opióide (derivado do ópio). No entanto, houve o atendimento do medicamento prescrito pela “farmácia” da CASAI Icoaraci, e não foi identificada que a liberação deste anestésico deveria ser feita somente quando o paciente estivesse sentindo muita dor, mas o que acontecera foi que a morfina estava sendo administrada a cada 8 horas. Qual o risco disto? O paciente poderia ter desenvolvido alguma reação adversa do medicamento, dentre elas, insuficiência respiratória e cardíaca e, neste caso, a CASAI não teria tempo hábil para reverter tal situação.

A dispensação é o ato farmacêutico de distribuir um ou mais medicamentos a um paciente, geralmente, como resposta à apresentação de uma prescrição médica. Neste ato, o farmacêutico informa e orienta o paciente sobre o uso adequado do medicamento. São elementos importantes desta orientação, entre outros, a ênfase no cumprimento do regime de dosificação, a influência de alimentos, a interação com outros medicamentos, o reconhecimento de reações adversas e as condições de conservação do produto. O que não foi observado em ambas CASAIS, visto que os profissionais responsáveis não têm qualificação técnica para a realização da dispensação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É importante manifestar a relevância desta pesquisa quando se permite refletir sobre o significado da Assistência Farmacêutica na sua prática, em seu contexto geral e no cotidiano dos serviços de saúde locais, sobretudo os indígenas. Neste sentido, esta dissertação buscou discutir, dentro de suas limitações, a Assistência Farmacêutica prestada nas Casas de Apoio à Saúde Indígena de Belém e do Amapá.

Sob o ponto de vista da organização das ações que cercam os medicamentos, esta deveria ser pautada pela realidade epidemiológica de cada grupo indígena, definindo assim, os grupos terapêuticos que devem fazer parte da farmácia das CASAIS estudadas. Ao pensar em garantir o acesso dos indígenas a medicamentos essenciais seria necessário realizar um diagnóstico da situação de saúde da área de abrangência dos DSEIS, como o perfil da população e do território a ser atingido, o nível de qualificação dos profissionais disponíveis e a infra-estrutura existente.

Portanto, a saúde indígena não pode seguir uma forma de estruturação do sistema de saúde, sem conhecer o contexto de cada realidade, a participação de profissionais, inclusive, farmacêutico e a qualificação dos serviços de atenção básica, na tentativa de garantir a resolutividade e otimização dos recursos terapêuticos, quando se trata de Assistência Farmacêutica.

Os achados em campo evidenciaram algumas falhas na prática da Assistência Farmacêutica seja na qualificação dos profissionais envolvidos, infra-estrutura do espaço "farmácia" e operacionalização das etapas desta assistência. A mesma não atende a diretriz da portaria ministerial nº 254/02 tampouco está organizada conforme a resolução CNS nº 338.

Dentre as falhas encontradas tem-se o abastecimento irregular, bem como o armazenamento inadequado de medicamentos advindos da falta de conhecimento sobre a realização dessas ações, à não realização de uma devida seleção e programação de medicamentos. Estes contribuem para o não acesso a medicamentos essenciais e de qualidade. O não efetivo controle de estoque, também deve ser mencionado visto que

igualmente contribui ao não acesso como também ao aumento de gastos com medicamentos, quando estes são extraviados ou desperdiçados.

A não dispensação é reflexo da inexistência de um profissional farmacêutico para atender às expectativas do usuário indígena frente à terapia medicamentosa. Além do mais, sem este serviço farmacêutico o paciente fica mais suscetível aos possíveis erros de prescrição, assim como a equívocos no processo de uso de medicamento, visto que não dispõe de profissional destinado a orientá-lo e a acompanhá-lo no tratamento medicamentoso prescrito.

Embora a política de medicamentos tenha sido publicada em 1998, trazendo modelo de Assistência Farmacêutica, não restrito à aquisição e distribuição de medicamentos, mas sim voltado para a promoção do acesso racional de medicamentos, observa-se que os profissionais de saúde das CASAIS analisadas, não tomaram conhecimento da amplitude que consiste a Assistência Farmacêutica, tendo, portanto, uma visão focalizada no medicamento.

Além do mais, por a Assistência Farmacêutica ser complexa e multiprofissional, urge o consenso das equipes de saúde sobre suas responsabilidades e funções neste processo, fazendo-se necessário um manual de normas e procedimentos operacionais para sua realização. No entanto, percebeu-se que a participação dos demais profissionais de saúde é bastante incipiente, sendo sua a responsabilidade, em alguns casos, de somente assinar a requisição de pedido de medicamentos.

Neste sentido, o estudo em questão aponta a necessidade de reestruturação da Assistência Farmacêutica na CASAI, através da criação de serviços de farmácia com capacidade de promover a Assistência Farmacêutica de forma integral nas quais é possível considerar: o controle de estoque de entrada e saída de medicamentos com pessoal devidamente capacitado para desenvolver as etapas do ciclo da Assistência Farmacêutica; a seleção e a programação de medicamentos orientadas pelo perfil epidemiológico dos DSEIS das CASAIS estudadas, bem como na participação da equipe multidisciplinar de saúde através da figura do farmacêutico.

Para consolidar esse novo modelo de reorientação da Assistência Farmacêutica como colocado na Política Nacional de Medicamentos e na Política de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, considero necessário investir na estruturação da Assistência Farmacêutica em todos os níveis de atenção à saúde indígena, inclusive, na alocação e capacitação de recursos humanos, principalmente do profissional farmacêutico.

Portanto, inspiro-me nas colocações de Diehl (2001), que considera os medicamentos no modelo diferenciado de atenção à saúde indígena parece ser um objetivo de difícil alcance, por mais que a estrutura dos DSEIS pode ser usada para superar este desafio. Ressalta-se a necessidade do farmacêutico – esquecido na organização do subsistema, o que vale também como uma crítica –, que seria de grande importância na montagem da rede de Assistência Farmacêutica para cada grupo indígena. A formação desses profissionais deve ter um forte cunho antropológico visto à especificidade cultural desta crescente demanda usuária de medicamentos (Langdon, 2001).

Faz-se necessário, no meu ponto de vista, a partir das minhas observações neste estudo uma maior divulgação da Assistência Farmacêutica de forma sistemática e padronizada junto aos profissionais de saúde das instâncias de atendimento dos DSEIS Amapá e Norte do Pará e Guamá-Tocantis; realizar levantamento das necessidades referentes aos recursos humanos e infra-estrutura existente nas CASAIS para que seja implementada as atividades de Assistência Farmacêutica; incentivar e promover a capacitação e qualificação dos profissionais envolvidos nesta prática; melhorar a estrutura organizacional e operacional da Assistência Farmacêutica, a fim de se desenvolver ações que promovam o acesso e uso racional de medicamentos, visando a efetiva viabilização na saúde indígena.

Deve-se, portanto, compreender a Assistência Farmacêutica como política, com toda sua amplitude, capaz de desenvolver ações que variam da prevenção de doenças à promoção e recuperação da saúde, de forma integrada com a equipe multiprofissional, de forma a atender às expectativas dos usuários e dos serviços de atenção à saúde dos povos indígenas.

Para finalizar, considero oportuno retomar a contribuição da Antropologia da Saúde às ciências farmacêuticas, sobretudo, nos temas referentes à saúde pública, especificamente quanto ao uso de medicamentos nas sociedades indígenas. Acredito que essa colaboração produzirá resultados positivos na implementação das ações voltadas para a assistência à saúde dos povos indígenas, inclusive, à Assistência Farmacêutica.

Segundo Minayo (*apud* Oliveira, 2004), o processo de conhecimento é infinito e o ciclo da pesquisa um processo de trabalho sempre inacabado, uma vez que emergem da análise final pontos relevantes a serem considerados em outras pesquisas. Sendo assim, considero importante que outros estudos sejam realizados neste campo, na tentativa de compreender a estruturação organizacional das instâncias de atendimento dos DSEIS, preparando o serviço de farmácia a garantir o acesso e o uso racional dos medicamentos nas sociedades indígenas, quando estes forem necessários.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AYRES, José Ricardo. “Cuidado e reconstrução das práticas de saúde.” In: MINAYO, Maria Cecília & COIMBRA Jr., Carlos E. A. (orgs.). *Críticas e Atuantes. Ciências Sociais e Humanas em Saúde na América Latina*. Rio de Janeiro, Ed. Fiocruz, 2005.

BERMUDEZ, Jorge Zepeda; BONFIM, José. (Orgs.). *Medicamentos e a reforma do setor de saúde*. São Paulo; HUCITEC ; Sobravime, 1999.

_____, J.A.Z. *Indústria farmacêutica, Estado e Sociedade*. São Paulo: HUCITEC; Sobravime, 1995

_____, J.A.Z. Medicamentos: acesso e perspectiva na virada do século. Editorial – Boletim da associação Brasileira de Pós-graduação em saúde coletiva – ABRASCO -, Rio de Janeiro, Jan/Mar.de 2000.

BONFIM, J.R.A; MERCOLUCCI, V.L. (Orgs.). *A construção da Política de Medicamentos*. São Paulo: HUCITEC; Sobravime, 1997.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Manual de Organização da Assistência Farmacêutica*. 2002.

_____, Ministério da Saúde. *Planejar é preciso: uma proposta de método para aplicação da Assistência Farmacêutica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____, Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Medicamentos*. Brasília, 2001.

_____, Ministério da Saúde. *Assistência Farmacêutica na atenção básica: instruções para sua organização*. Brasília: Ministério da saúde, 2006.

_____,Ministério da Saúde. *Aquisição de medicamentos para Assistência Farmacêutica no SUS: orientações básicas*. Brasília, Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL, Fundação Nacional de Saúde. Portaria nº 254 de 01 de janeiro de 2002: Aprova a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas.

_____, Fundação Nacional de Saúde. Portaria nº 1.163 de 14 de novembro de 1999: Dispõe sobre as responsabilidades na prestação de Assistência à saúde dos povos indígenas, no Ministério da Saúde e dá outras providências.

_____, Ministério da Saúde. Resolução CNS nº338, de 06 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 de maio de 2004.

CARDOSO DE OLIVEIRA. “O trabalho do antropólogo: olhar, ouvir e escrever” In. CARDOSO DE OLIVEIRA, Roberto. *O trabalho do antropólogo*. Brasília: Paralelo15;São Paulo Editora UNESP, 2000.

CARTA de Brasília. I Encontro Nacional de Assistência Farmacêutica e Política de Medicamentos, Brasília, 1988. *Relatório Final*. Brasília: Ministério da Saúde, 1988.

COSTA, C.M.M. Assistência Farmacêutica no Programa Saúde da Família em Belém do Pará: organização, desafios e estratégias de reestruturação. Dissertação de mestrado. Porto Alegre: UFRGS, 2005.

DIEHL, E.E. “Entendimentos, práticas e contextos sociopolíticos do uso de medicamentos entre os *Kaingáng*” (Terra Indígena Xapecó, Santa Catarina, Brasil). Dissertação de mestrado. UFRGS, 2001.

_____, E.E; RECH, Norberto. “Subsídios para uma assistência farmacêutica no contexto de atenção à saúde indígena: contribuições da antropologia.” In: LANDGON, Esther Jean; GARNELO, Luiza (Orgs.). *Saúde dos povos indígenas: reflexões sobre antropologia participativa*. ABA, 2004.

GARNELO, Luiza. *Os povos indígenas e a construção das políticas de saúde no Brasil*. Brasília: OPAS, 2003.

GARNELO, L. & WRIGHT, R., 2001. Doença, cura e serviços de saúde. Representações, práticas e demandas Baniwa. *Cadernos de Saúde Pública*, 17 (2): 273-284.

GIL, Antonio Carlos. *Como elaborar projetos de pesquisa*. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

LANGDON, E.J. Saúde e povos indígenas: Os desafios na virada do século. In: Anais do V Congresso Latinoamericano de ciências sociais e médicas. Venezuela, 1999.

LEFREVE, F. O medicamento como mercadoria simbólica. São Paulo: Cortez, 1991. 75p.

MARIN, Nelly (Org.). *Assistência Farmacêutica para gerentes municipais*. Rio de Janeiro: OPAS/OMS, 2003.

MINAYO, Maria Cecília; ASSIS, Simone Gonçalves; SOUZA, Edinilsa Ramos (Orgs.). *Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.

MINAYO, Maria Cecília. *O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo-Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 2000.

MALINOWSKI, Bronislaw. “Tema, método e objetivo desta pesquisa.” In: *Argonautas do Pacífico Ocidental*. São Paulo: Abril Cultural, 1976 [1922]: pp. 21-38.

NICHTER, M. “Pharmaceuticals, the commodification of health, and the health care medicine use transition.” In: *Anthropology and International Health - Asian Case Studies* (M. Nichter & M. Nichter, orgs.), v. 3, cap. 9, pp. 265-326, 1996

NOVAES, M.R. *A Caminho da Farmácia: Pluralismo Médico entre os Wari’ de Rondônia*. Dissertação de Mestrado, Campinas: Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da UNICAMP, 1996.

NOVAES, M.R. Interpretação da doença e simbolismo terapêutico entre os Wari' de Rondônia. *Revista de Divulgação Cultural*, 1998, 64: 69-76.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, *Uso racional de los medicamentos*. Informe de la Conferencia de Expertos, Nairobi. Ginebra: 1986.

_____. Perspectivas políticas sobre medicamentos de la OMS. Selección de medicamentos esenciales. Ginebra, junio de 2002a.

OLIVEIRA, Mary Jane Lima. *Assistência Farmacêutica: A percepção dos gestores e profissionais de saúde de São Luis (MA)*. Dissertação de Mestrado em Ciências Farmacêuticas. Porto Alegre: UFRGS, 2004.

PENAFORTE, T.R. Avaliação da Atuação dos Farmacêuticos na Prestação da Assistência Farmacêutica em um Hospital Universitário. Dissertação de mestrado. Ribeirão Preto: USP, 2006.

SANTOS FILHO, S.B. Avaliação e planejamento local: perspectivas gerenciais no âmbito dos distritos sanitários. *Revista Saúde em debate*, Rio de Janeiro, V.23, Nº53, pp 43-53, 1999.

SOUZA, Luciene Guimarães; SANTOS, Ricardo Ventura; COIMBRA Jr, “Carlos. Demografia e Saúde dos Povos Indígenas no Brasil: Considerações a Partir dos Xavante de Mato Grosso (1999-2002)” Documento de trabalho nº 10. Centro de Estudos em Saúde do Índio de Rondônia (CESIR), Porto Velho, 2004.

Eletrônicas

Casas de saúde do índio. Disponível em: <<http://www.funasa.gov.br>> Acesso em: 11/03/07.

MINISTERIO DA SAUDE. *Portaria nº. 254, 2002*. Disponível em: <<http://www.funasa.gov.br>>. Acesso em 12/02/06.

Reportagem eletrônica. Disponível em: <http://www.socioambiental.org/nsa/doc/crono.html>
Acesso em 25/11/06

Apêndices

APÊNDICE 01

CASAI do Amapá	
Dependências	Localização e Atividades
Guarita Central	Espaço disposto no corredor central da CASAI. Dispõe de vigilância diurna e noturna. Primeiro local de troca de informações sobre a estrutura e funcionamento da CASAI.
Sala de rádio	Primeira sala da lateral esquerda da CASAI, situada no corredor central. Local onde os indígenas mantêm contato com os familiares que ficaram na aldeia.
Sala de administração e apoio administrativo.	Localizado no 1º corredor da lateral esquerda da CASAI. Realiza-se digitação de documentos (ofícios, memorandos, etc.); recepção de indígenas procedentes de outros DSEIS; coordenação da utilização do transporte; aquisição de passagens; auxílio alimentação; embarque de indígenas; serviço de entrega de documentos; área contábil (prestação de suprimento de fundos); solicitação de materiais de expediente; de medicamentos à FUNASA, elaboração de autorização de viagens, encaminhamento de relatórios das atividades da CASAI para as coordenações; organizar documentos; controlar a distribuição de materiais de expedientes, limpezas, etc.; organizar escalas de funcionários; informação de consultas; confecção de agenda para o Serviço Externo; aviso de consultas, via fax aos DSEIS; integração das informações com os DSEIS.
Serviço Externo (não possui sala específica)	Acompanhamento de pacientes em consulta; elaboração de relatório diário das consultas efetuadas; acompanhamento de emergências diurnas; marcação de consultas; visita aos internados (casos esporádicos).
Posto de Enfermagem	Localizado no 1º corredor da lateral esquerda da CASAI. Execução de atividades inerentes à profissão, conforme preceitos legais; realização da evolução clínica dos pacientes; prescrever os cuidados de enfermagem; anotar todas as ocorrências sobre os pacientes; preparação das medicações atendidas pela farmácia; Em casos de entrada de pacientes: realizar identificação do paciente através do censo dos distritos; priorização do atendimento de maior gravidade; abertura de prontuários; anotar nos prontuários a data e hora da admissão, os sinais vitais, peso, altura, sinais e sintomas, além de todas as informações contidas na ficha de encaminhamento da aldeia; orientar o paciente e o acompanhante sobre as normas da casa, bem como o seu tratamento.
Enfermaria Feminina e Masculina	Localizado no 1º corredor da lateral esquerda da CASAI Alojamentos com leitos para pacientes adultos e leito conjugado para criança e acompanhantes.
Sala de enfermagem	Localizado no 1º corredor da lateral direita da CASAI. Local onde os enfermeiros responsáveis discutem avaliação de processo de trabalho de enfermagem; planejam o trabalho da equipe de enfermagem; realizam escala de serviço dos

	funcionários da enfermagem; armazenam as fichas clínicas dos pacientes.
Consultório Médico	Localizado no 1º corredor da lateral direita da CASAI. Atendimento médico dos pacientes e acompanhantes alojados na CASAI, que necessitam e ou recorrem a este tipo de assistência.
Sala de espera	Localizado no 1º corredor da lateral direita da CASAI. Disposta à frente do consultório médico, com duas unidades de sofá.
Sala de Nutrição e Psicosocial	Localizado no 1º corredor da lateral direita da CASAI. Realização da escala dos funcionários da cozinha; verificação de prontuário de pacientes com dietas restritas prescritas pelo médico; solicitação e controle de estoque de alimentos perecíveis e não perecíveis. Acompanhar entrada e saída dos pacientes na CASAI; agilização de exames de alta complexidade não contemplados pelo SUS aos pacientes indígenas; orientar os indígenas quanto as normas e rotinas da CASAI; fazer evolução social dos pacientes indígenas;
Farmácia ²⁹	Localizado no 1º corredor da lateral direita da CASAI. Solicitação e providências de medicamentos prescritos; controle de estoque; atendimento da medicação ao posto de enfermagem.
Sala de peso e Nebulização	Localizado no 1º corredor da lateral direita da CASAI. Local onde são realizados os procedimentos de nebulização e controle de peso de pacientes pediátricos.
Sala de material de limpeza	Localizado no 2º corredor da lateral direita da CASAI. Acondicionamento de material de limpeza; condicionamento de roupas e outros materiais usados.
Sala arquivo	Localizado no 2º corredor da lateral direita da CASAI. Local onde ficam armazenados prontuários médicos de pacientes que foram alojados na CASAI.
Cozinha	Localizado ao final do corredor central. Local para preparo de alimentos dos funcionários e indígenas.
Refeitório	Localizado ao final do corredor central. Local onde os indígenas realizam as refeições. Neste mesmo espaço, difunde-se também atividades de interação social ente os indígenas e não-indígenas,
Malocas	Localizado na extensão final da lateral direita da CASAI. Distribuídas por etnias. Local onde ficam alojados os indígenas e seus respectivos acompanhantes.

²⁹Após saída da farmacêutica, em junho de 2006, a farmácia foi desativada voltando a se estruturar enquanto espaço da CASAI, em outubro de 2006 sob a gestão de um funcionário administrativo.

APÊNDICE 02

OF. N°/2006

Belém, 13 de dezembro de 2006.

Para: Coordenador da FUNASA/PA

Senhor Coordenador,

Apresento a V. As, discente do programa de pós graduação (mestrado), que durante os meses de dezembro de 2006 e janeiro de 2007 necessita de acesso à Casa de Saúde Indígena (CASAI) para desenvolver trabalho de pesquisa para sua dissertação de mestrado.

O trabalho desenvolvido pela docente busca compreender a Assistência Farmacêutica prestada na CASAI Icoaraci, a fim de se identificar os “caminhos percorridos” para se dispor os medicamentos ao indígenas atendidos na referida CASAI.

Durante este período, a discente irá conversar com os indígenas abrigados pela CASAI e com os profissionais que trabalham na unidade, sempre que for conveniente e permitido. O resultado da interação é sempre proveitoso, pois as conversas com os indígenas ajudam no apoio que requerem fora da aldeia, pois assim “tem com quem conversar” e “ficam entretidos” como comentam os técnicos dos locais onde o trabalho foi realizado.

Na certeza de contar com o apoio de V. Sa. subscrevo-me,

Coordenação do Programa de pós-graduação (Mestrado)

APÊNDICE 03

OF. Nº 11/2007

Belém, 05 de fevereiro de 2007.

Para: Coordenador do DSEI Amapá-Norte do Pará

Att: Aberlardo Silva

Senhor Coordenador,

Solicito autorização da discente, durante o mês de fevereiro de 2007, ao acesso à Casa de Saúde Indígena (CASAI) para desenvolver trabalho de pesquisa para sua dissertação de mestrado.

O trabalho desenvolvido pela docente busca compreender a Assistência Farmacêutica prestada na CASAI Icoaraci, a fim de se identificar os “caminhos percorridos” para se dispor os medicamentos aos indígenas atendidos na referida CASAI.

Durante este período, a discente irá conversar com os indígenas abrigados pela CASAI e com os profissionais que trabalham na unidade, sempre que for conveniente e permitido. O resultado da interação é sempre proveitoso, pois as conversas com os indígenas ajudam no apoio que requerem fora da aldeia, pois assim “tem com quem conversar” e “ficam entretidos” como comentam os técnicos dos locais onde o trabalho foi realizado.

Na certeza de contar com o apoio de V. Sa., subscrevo-me,

Coordenação do Programa de pós-graduação (Mestrado)

APÊNDICE 04

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da Pesquisa: “Casas de Saúde” e Assistência Farmacêutica: desafios da saúde indígena em Belém e Macapá

Nome do (a) Pesquisador (a):

Nome do Orientador:

O sr. (sra.) está sendo convidado (a) a participar desta pesquisa que tem como finalidade estudar a Assistência Farmacêutica na Saúde Indígena na Casa de Saúde Indígena de Icoaraci e do Amapá.

Ao participar deste estudo, o sr. (sra) permitirá que a pesquisadora identifique como a Assistência Farmacêutica está sendo realizada na Saúde Indígena. O sr. (sra.) tem liberdade de se recusar a participar e ainda, se recusar a continuar participando em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer prejuízo para a pesquisadora. Sempre que quiser, poderá pedir mais informações sobre a pesquisa através do telefone da pesquisadora do projeto e, se necessário, através do telefone do Comitê de Ética em Pesquisa.

A participação nesta pesquisa não traz complicações legais. Os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução no. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Nenhum dos procedimentos usados oferece riscos à sua dignidade.

Todas as informações coletadas neste estudo são estritamente confidenciais. Somente a pesquisadora e a orientadora terão conhecimento dos dados.

Ao participar desta pesquisa, o sr. (sra.) não terá nenhum benefício direto, nenhum tipo de despesa bem como nada será pago por sua participação.

Após estes esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento de forma livre para participar desta pesquisa. Portanto preencha, por favor, os itens que se seguem:

Consentimento Livre e Esclarecido

Tendo em vista os itens acima apresentados, eu, de forma livre e esclarecida, manifesto meu consentimento em participar da pesquisa

Nome do Participante da Pesquisa

Assinatura do Participante da Pesquisa

Assinatura do(a) Pesquisador (a)

Assinatura do (a) Orientador(a)

TELEFONES

Pesquisador(a):

Nome e telefone de um membro da Coordenação do Comitê de Ética em Pesquisa:

APÊNDICE 05

“Casas de Saúde” e Assistência Farmacêutica: desafios da Saúde Indígena em Belém e Macapá

ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO () CASAI do Amapá () CASAI Icoaraci
ETAPAS DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
SELEÇÃO
Observar: <ul style="list-style-type: none">- Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT);- Utilização de dado epidemiológico como critério para seleção de medicamentos;- Padronização de medicamentos conforme a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME). Demais Observações: <ul style="list-style-type: none">- Profissional responsável- Local de realização
PROGRAMAÇÃO
Observar: <ul style="list-style-type: none">- A Metodologia aplicada para se estimar a quantidade de medicamentos a ser adquirida para atendimento da demanda do serviço.- Dias da semana, período do mês ou do ano que fazem o levantamento para a programação Demais Observações: <ul style="list-style-type: none">- Profissional responsável- Local de realização:
AQUISIÇÃO
Observar: <ul style="list-style-type: none">- Existência de normas e procedimentos para se efetivar o processo de compra de medicamentos (modalidade, forma de aquisição (centralizada ou descentralizada), fontes de recurso, periodicidade e fluxo do processo). Demais Observações: <ul style="list-style-type: none">- Profissional responsável- Local de realização
ARMAZENAMENTO
Observar: <ul style="list-style-type: none">- Existência de armários/estantes/prateleiras para acondicionar os medicamentos- Forma de identificação dos medicamentos dispostos nestes armários/estantes/prateleiras (por Grupo terapêutico, Ordem alfabética por denominação genérica, Ordem alfabética por denominação comercial, Ordem alfabética por denominação genérica e comercial);- Existência de medicamentos em contato direto com chão e/ou parede;- Utilização de aparelho de verificação de temperatura;- Utilização de equipamentos para climatização do ambiente;- A Iluminação do local;- Umidade do local;- Acessibilidade dos funcionários da CASAI aos medicamentos dispostos nos armários/estantes/prateleiras;- Forma de armazenamento de medicamentos termolábeis

- Forma de armazenamento de medicamentos controlados
- Realização de inventário;
- Controle de prazo de validade;
- Registro de entrada de medicamentos em fichas de prateleiras.
- Conferência das especificações do produto e especificações quantitativas do pedido

Demais Observações:

- Profissional responsável
- Local de realização

DISTRIBUIÇÃO

Observar:

- Análise da solicitação de medicamentos;
- O processamento do pedido de solicitação;
- A preparação e liberação do pedido;
- A conferência dos medicamentos solicitados;
- Registro de saída em fichas de prateleira;
- Monitoramento e avaliação da distribuição;
- Arquivamento de documentos.

Demais Observações:

- Profissional responsável
- Local de realização

DISPENSAÇÃO

Observar:

- Análise da Prescrição;
- Orientação sobre a utilização do medicamento, ao usuário indígena da CASAI;
- Acompanhamento e avaliação do uso do tratamento dispensado.

Demais Observações:

- Profissional responsável
- Local de realização

APÊNDICE 06

“Casas de Saúde” e Assistência Farmacêutica: desafios da Saúde Indígena em Belém e Macapá

ROTEIRO DE ENTREVISTA	
DADOS DA ENTREVISTA	
Nº _____	
1. Locus da pesquisa: () CASAI do Amapá () CASAI Icoaraci	
2. Data da Entrevista (dia / mês/ ano): -----/-----/-----	
3. Consentimento de gravação: () Sim () Não	
DADOS DO INTERLOCUTOR	
4. Sexo: () Feminino () Masculino	
5. Grau de Escolaridade: () Não frequentou escola () Nível médio completo () Nível fundamental incompleto () Nível superior incompleto () Nível fundamental completo () Nível superior completo () Nível médio incompleto	
6. Profissão: () Farmacêutico/a () Enfermeiro/a () Técnico/a de Enfermagem () Auxiliar de Enfermagem () Assistente Administrativo () Outros _____	
7. Situação na FUNASA: () Contratado/a () Concursado/a	
8. Tempo de serviço na CASAI: () > de 01 ano () 01 a 05 anos () Acima de 05 anos	
9. Fez algum treinamento sobre Saúde Indígena antes de ingressar na CASAI? () Sim () Não	
10. Exerce alguma atividade de aquisição, estoque e/ou distribuição de medicamentos na CASAI? () Sim () Não	
PERGUNTAS	

- 11.** Atividades que realiza na CASAI;
- 12.** Mencionar a(s) que considera estar relacionada (s) com a aquisição, estoque e ou distribuição de medicamentos na CASAI;
- 13.** Forma como a (s) realiza?
- 14.** Realizou algum treinamento para executar estas atividades?
- 15.** Mencionar as dificuldades e facilidades em realizá-la(s);
- 16.** Mencionar a importância dessa (s) atividade(s)
- 17.** Você já trabalhou em alguma farmácia antes?
- 18.** De acordo com seu entendimento, comente sobre a função de uma farmácia;
- 19.** Você considera necessário ter uma farmácia na CASAI?
- 20.** Mencione as vantagens e desvantagens de uma farmácia na CASAI;
- 21.** Você considera a farmácia da sua CASAI bem estruturada? Descreva-a.
- 22.** Houve alguma diferença em se garantir o medicamento, com a ausência do profissional Farmacêutico na CASAI?
- 23.** Em sua opinião, há necessidade da existência deste profissional na CASAI?
- 24.** Você já escutou falar em Assistência Farmacêutica? Se a resposta for sim, o que você entende por isso?

Assinatura da pesquisadora: _____

APÊNDICE 07

Lista de Medicamentos do DSEI Amapá e Norte do Pará

Base Medicamentosa	Concentração	Forma farmacêutica	RENAME 2002
AAS	100	cpr	Consta na RENAME
AAS	500	cpr	Consta na RENAME
Ácido fólico	5mg	cpr	Consta na RENAME
Água Boricada	NI	NI	Não consta na RENAME
Albendazol	4%	suspensão	Consta na RENAME
Albendazol	400mg	cpr	Consta na RENAME
Aminofilina	100mg	cpr	Consta na RENAME
Aminofilina	24mg	injetável	Consta na RENAME
Amoxicilina	250mg	suspensão	Consta na RENAME
Amoxicilina	500mg	cpr	Consta na RENAME
Ampicilina	500mg	cpr	Consta na RENAME
Ampicilina	250mg	suspensão	Consta na RENAME
Azitromicina	500mg	cpr	Não consta na RENAME
Azitromicina desidratada	NI	suspensão	Não consta na RENAME
Benzoato de Benzila	NI	NI	Consta na RENAME
Benzilpenicilina Procaína potássica	NI	NI	Consta na RENAME
Brometo de N. Butil Escopolamina	10mg	cpr	Consta na RENAME
Brometo de Escopolamina+			
Dipirona	NI	NI	Consta na RENAME
Brometo de N. Butil Escopolamina	NI	injetável	Consta na RENAME
Captopril	12.5mg	cpr	Consta na RENAME
Captopril	25mg	cpr	Consta na RENAME
Cefalexina	250mg	suspensão	Consta na RENAME
Cefalexina	250mg	cpr	Consta na RENAME
Cetoconazol	200mg	cpr	Consta na RENAME
Cetoconazol	NI	creme	Consta na RENAME
Cloranfenicol	500mg	cpr	Consta na RENAME
Ambroxol adulto	NI	NI	Não consta na RENAME
Ambroxol pediátrico	NI	NI	Não consta na RENAME
Cloridrato de Amiodarona	200mg	cpr	Consta na RENAME
Cloridrato de Metformina	850mg	cpr	Consta na RENAME
Cloridrato de Lidocaína	2%	gel	Consta na RENAME
Complexo B	NI	cpr	Consta na RENAME
Complexo B	NI	gotas	Consta na RENAME
Dexametasona	NI	creme	Consta na RENAME
Dexametasona Elixir	NI	NI	Consta na RENAME
Dexametasona	NI	injetável	Consta na RENAME
Diclofenaco sódico	50mg	cpr	Consta na RENAME
Diclofenaco sódico	75mg	injetável	Consta na RENAME
Digoxina	100mg	cpr	Consta na RENAME

Dimeticona	NI	gotas	Consta na RENAME
Dipirona	500mg	cpr	Consta na RENAME
Dipirona	NI	gotas	Consta na RENAME
Epinefrina	1g	injetável	Consta na RENAME
Eritromicina	250mg	cpr	Consta na RENAME
Eritromicina	250mg	suspensão	Consta na RENAME
Espironolactona	25mg	cpr	Consta na RENAME
Fenoterol	5mg	NI	Consta na RENAME
Fluconazol	150mg	cpr	Consta na RENAME
Furosemida	20mg	injetável	Consta na RENAME
Furosemida	40mg	cpr	Consta na RENAME
Glibenclamida	5mg	cpr	Consta na RENAME
Glicerina Líquida	NI	NI	Consta na RENAME
Glicose	50%	injetável	Consta na RENAME
Glucantime	NI	injetável	Consta na RENAME
Hidroclorotiazida	5mg	NI	Consta na RENAME
Hidróxido de Alumínio	NI	NI	Consta na RENAME
kolagenase	30mg	NI	Consta na RENAME
Mebendazol	NI	suspensão	Consta na RENAME
Mebendazol	100mg	cpr	Consta na RENAME
Metildopa	500mg	NI	Consta na RENAME
Metoclopramida	NI	gotas	Consta na RENAME
Metronidazol	400mg	cpr	Consta na RENAME
Metronidazol	NI	creme vaginal	Consta na RENAME
Metronidazol	NI	suspensão	Consta na RENAME
Metronidazol + Nistatina	NI	creme vaginal	Consta na RENAME
Monossulfiram	250mg	tópico	Não consta na RENAME
Neonazol	NI	NI	Consta na RENAME
Neomicina+bacitracina	NI	Pomada	Consta na RENAME
Nimesulida	100mg	cpr	Não consta na RENAME
Nistatina	NI	creme vaginal	Consta na RENAME
Nistatina	NI	suspensão	Consta na RENAME
Norfloxacino	400mg	cpr	Não consta na RENAME
Noripurum	NI	injetável	Consta na RENAME
Noripurum	50mg	gotas	Consta na RENAME
Óleo mineral	NI	NI	Consta na RENAME
Omeprazol	20mg	NI	Consta na RENAME
Óxido de zinco (hipoglós)	NI	NI	Não consta na RENAME
Paracetamol	500mg	cpr	Consta na RENAME
Paracetamol	NI	gotas	Consta na RENAME
Pasta água	NI	NI	Não consta na RENAME
Penicilina Benzantina	2.400.000UI	NI	Consta na RENAME
Penicilina Benzantina	600.000UI	NI	Consta na RENAME
Permanganato de potássio	NI	NI	Consta na RENAME

Piroxicam	10mg	cpr	Não consta na RENAME
Polivitamínico	NI	solução oral	Não consta na RENAME
Prednisona	5mg	cpr	Consta na RENAME
Prometazina	25mg	cpr	Consta na RENAME
Propranolol	40mg	NI	Consta na RENAME
Ranitidina	150mg	cpr	Consta na RENAME
Salbutamol	2mg	cpr	Consta na RENAME
Salbutamol	NI	suspensão	Consta na RENAME
Soro para reidratação oral	NI	NI	Consta na RENAME
Soro fisiológico	0.9%	NI	Consta na RENAME
Soro glicosado	5%	NI	Consta na RENAME
Sulfametoxazol+trimetroprima	NI	cpr	Consta na RENAME
Sulfametoxazol+trimetroprima	NI	suspensão	Consta na RENAME
Sulfato de gentamicina oftálmico	NI	pomada	Consta na RENAME
Sulfato ferroso	25mg	suspensão	Não consta na RENAME
Sulfato ferroso	40mg	cpr	Não consta na RENAME
Sulfato ferroso	68mg	gotas	Não consta na RENAME
Vitamina C	NI	cpr	Não consta na RENAME
Vitamina C	NI	gotas	Não consta na RENAME

Sigla

cpr

mg

NI

Significado

Comprimido

miligrama

Não informado

Anexos

ANEXO 01
Legislação referente à Saúde Indígena

1999			
Data	Número	Tipo	Conteúdo
14/09/1999	1.163/GM	Portaria	Dispõe sobre as responsabilidades na prestação de Assistência à saúde dos povos indígenas, no Ministério da Saúde e dá outras providências.
27/08/1999	3156	Decreto	Dispõe sobre as condições para a prestação de assistência à saúde dos povos indígenas, no âmbito do Sistema Único de Saúde, pelo Ministério da Saúde, altera dispositivos dos Decretos nº 564, de 8 de junho de 1992, e nº 1.141, de 19 de maio de 1994, e dá outras providências.
23/09/1999	9.836	Lei	Institui o DSEI enquanto componente do SUS
2000			
Data	Número	Tipo	Conteúdo
02/07/2000	12/SE e SAS	Portaria Conjunta	Fixa os valores adicionais, destinados ao pagamento do IAPI, para os Estabelecimentos de Saúde e estabelece que o financiamento dos valores adicionais do IAPI será de responsabilidade do Ministério da Saúde e executado pelo Fundo de Ações Estratégicas e de Compensação – FAEC.
2002			
Data	Número	Tipo	Conteúdo
31/01/2002	254/GM	Portaria	Aprova a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas.
19/02/2002	33	Medida Provisória	Dispõe sobre os Sistemas Nacionais de Epidemiologia, de Saúde Ambiental e de Saúde Indígena, cria a Agência Federal de Prevenção e Controle de Doenças - Apec, e dá outras providências.
04/03/2002	382/GM	Portaria	Ratifica o conteúdo das Normas de Financiamento de Programas e Projetos mediante a Celebração de Convênios, com o Ministério da Saúde e Fundação Nacional de Saúde - Funasa. Republicada no DO 45, de 7/3/02, por ter saído com incorreção do original. Republicada no DO 47, de 11/3/02, por ter saído com incorreção do original.
2004			
Data	Número	Tipo	Conteúdo
20/01/2004	70/GM	Portaria	Aprova diretrizes da Gestão da Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena. Define as diretrizes do modelo de gestão e as competências dos órgãos envolvidos.

22/04/2004	747/MS	Portaria	Estabelece normas e procedimentos para concessão e aplicação de Suprimento de Fundos Especial, para atender às especificidades decorrentes da assistência à saúde indígena, a serem observados pela Funasa.
22/07/2004	12/ SE e FUNASA	Portaria conjunta	Aprovam a descentralização de dotações orçamentárias e recursos financeiros objetivando a viabilização e o apoio à execução das ações de prevenção e controle da malária em áreas indígenas, através da Fundação Nacional de Saúde.
2005			
Data	Número	Tipo	Conteúdo
22/02/2005	01/MS e FUNASA	Portaria Conjunta	Aprova a descentralização de dotações orçamentárias e recursos financeiros objetivando o apoio às ações de saúde pertinentes a execução do Projeto de Implantação do 43 Programa de DST/Aids nos 34 Distritos Sanitários Indígenas, especificamente das ações de Prevenção e Assistência em saúde às populações indígenas, através da Fundação Nacional de Saúde.
04/07/2005	1081/GM	Portaria	Qualifica os municípios a receberem mensalmente os incentivos de Atenção Básica aos povos indígenas, destinados às ações e procedimentos de Assistência Básica de Saúde.
22/09/2005	1.721	Portaria	Cria o Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos do SUS. Inclui o IAPI nos recursos financeiros destinados à implantação do Programa.
21/10/2005	08/ SE e FUNASA	Portaria Conjunta	Aprova a descentralização de dotações orçamentárias e recursos financeiros objetivando a viabilização e o apoio à execução das ações de controle da malária em áreas indígenas, através da Funasa , visando o fortalecimento do SUS, em conformidade com a Lei Orgânica da Saúde.
11/11/2005	635	Portaria	Publica o Regulamento Técnico para a implantação e operacionalização do Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no Sistema Único de Saúde – SUS.
12/2005	Portaria 479/MS		Diretrizes para organização de uma rede de atenção básica de saúde dentro das áreas indígenas, integrada e hierarquizada com complexidade crescente e articulada com o

Sistema Único de Saúde (SUS),			
2006			
Data	Número	Tipo	Conteúdo
22/03/2006	01/SE e FUNASA	Portaria	Aprova a descentralização de dotações orçamentárias e recursos financeiros objetivando apoio às ações pertinentes a execução do projeto de implantação do programa DST/AIDS nos 34 Distritos Sanitários Indígenas, especificamente das ações de Prevenção e Assistência em AIV/AIDS e outras DSTs nas populações indígenas.
27/03/2006	644/GM	Portaria	Institui o Fórum Permanente de Presidentes dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena.
27/03/2006	645/GM	Portaria	Institui o Certificado Hospital Amigo do Índio, a ser oferecido aos estabelecimentos de saúde que fazem parte da rede do Sistema Único de Saúde.
27/03/2006	646/GM	Portaria	Institui o Prêmio Mostra Nacional de Produção em Saúde Indígena/2006
03/04/2006	698/GM	Portaria	Define o custeio das ações de saúde e de responsabilidades das três esferas de gestão do SUS, observando o disposto na Constituição Federal e na Lei Orgânica do SUS. Define fator de incentivo da Atenção Básica aos Povos Indígenas na composição do PAB variável

Fonte: Proposta da atenção à saúde indígena de Santa Catarina, 2005.

ANEXO 02

Caracterização do DSEI GUATOC

COORDENAÇÃO REGIONAL DO PARÁ DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA GUAMÁ-TOCANTINS CARACTERIZAÇÃO DO DSEI	
PLANO DISTRITAL: DISPOSTO NA SEDE DO DSEI	
- Sede: Belém/PA - Extensão territorial: 5.715.080,8 ha - População: 6.319 índios - Etnias: 28 - N.º de Municípios com área indígena: 15	- Quantidade de Aldeias: 59 - Número de Pólos Base: 08 - N.º de Casa de Apoio a Saúde Indígena: 05 - Meios de acesso às áreas de atuação: Terrestre, Fluvial e Aéreo - Nível de atuação: Atenção Básica de Saúde.
Objeto principal do convênio a ser celebrado: Execução de ações complementares voltadas para a atenção da saúde indígena.	
LOCALIZAÇÃO DOS PÓLOS BASE/ÁREA INDÍGENA DE ATENDIMENTO	
PÓLO BASE/LOCALIZAÇÃO	ÁREA INDÍGENA DE ATENDIMENTO
Pólo Base de Capitão Poço/ Município de Capitão Poço/PA	São Pedro, Jacaré, Pira, Frasqueira, Ytaputire, Tawari, Itahu, Ytuaço, Pinawá e Yijon..
Pólo Base de Paragominas/Município de Paragominas/PA	Cajueiro, Sussuarana, Teko-Haw, Ikatu, Faveira, Anoirá, Canindé, Cocalzinho, Barreirinha, Pia-Hu, Mangueira, Bate Vento, Floriano e Araruna (Pará) Sítio Novo, Araçatiwa, Xiepyhurená e Paracuyrená (Maranhão)
Pólo Base de Tomé Açu/ Município de Tomé Açu/PA	Acará-Mirim, Arumateua, Cuxiu-Mirim, Maracaxi, Nova, Tekenay e Turé Mariquita.
Pólo Base de Santarém/ Município de Santarém/PA	Cuminapanema
Pólo Base de Oriximiná/ Município de Oriximiná/PA	Ayaramã, Santidade, Tawanã, Kwanamary, Takara, Inajá, Placa, Mapuera, Tamyuru, Ponkuru e Bateria
Pólo Base de Tucuruí/Município de Tucuruí/PA	Trocará, Ururitawa, Anambé e Ararandewa
Pólo Base de Marabá/Município de Marabá/PA	Mãe Maria, Kyikatejê, Akrätikatejê, Kanai, Ororobá, Guajanaira, Kateté, Djudjekó, Oôdjã, Nova Jacundá, Sororó e Itahy.
LOTAÇÃO/MÉDIA DE OCUPAÇÃO DAS CASAS DE APOIO A SAÚDE INDÍGENA - CASAI	
CASAI Icoaraci/20 pessoas por dia CASAI Santarém/20 pessoas por dia CASAI Oriximiná/20 pessoas por dia CASAI Marabá/15 pessoas por dia CASAI Paragominas/20 pessoas por dia	Media de Permanência: 09 dias Media de Permanência: 10 dias Media de Permanência: 10 dias Media de Permanência: 08 dias Media de Permanência: 12 dias
PRINCIPAIS MORBIDADES/AGRAVOS QUE ATINGEM A POPULAÇÃO INDÍGENA	
• Doenças Diarréicas Agudas	• Doenças de Pele
• Doenças do Aparelho Respiratório	• Doenças Osteomusculares
• Tuberculose	• Contato com animais peçonhentos e plantas venenosas
• DST	• Parasitoses Intestinais
• Malaria	• Doenças do aparelho Digestivo

Fonte: FUNASA, 2008

