

Força de trabalho na assistência farmacêutica da atenção básica do SUS, Brasil

Marselle Nobre Carvalho^I, Juliana Álvares^{II}, Karen Sarmiento Costa^{III,IV,V}, Augusto Afonso Guerra Junior^I, Francisco de Assis Acurcio^{II}, Ediná Alves Costa^{VI}, Ione Aquemi Guibu^{VII}, Orlando Mario Soeiro^{VIII}, Margô Gomes de Oliveira Karnikowski^{IX}, Silvana Nair Leite^X

^I Departamento de Saúde Coletiva. Universidade Estadual de Londrina. Londrina, PR, Brasil

^{II} Departamento de Farmácia Social. Faculdade de Farmácia. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG, Brasil

^{III} Núcleo de Estudos de Políticas Públicas. Universidade Estadual de Campinas. Campinas, SP, Brasil

^{IV} Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Departamento de Saúde Coletiva. Faculdade de Ciências Médicas. Universidade Estadual de Campinas. Campinas, SP, Brasil

^V Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. Faculdade de Medicina. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS, Brasil

^{VI} Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia. Salvador, BA, Brasil

^{VII} Faculdade de Ciências Médicas. Santa Casa de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil

^{VIII} Faculdade de Ciências Farmacêuticas. Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Campinas, SP, Brasil

^{IX} Faculdade de Ceilândia. Universidade de Brasília. Brasília, DF, Brasil

^X Departamento de Ciências Farmacêuticas. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, SC, Brasil

RESUMO

OBJETIVO: Caracterizar a força de trabalho da assistência farmacêutica na atenção básica do Sistema Único de Saúde.

MÉTODOS: Trata-se de estudo transversal de abordagem quantitativa com dados da Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos – Serviços, 2015. Para a análise, foi considerada a estratificação dos dados por região geográfica. Foram analisados dados sobre os trabalhadores na gestão da assistência farmacêutica municipal e nas unidades de dispensação de medicamentos segundo regiões do país. Para a análise de associação estatística foi realizado teste de correlação Pearson para as variáveis categóricas.

RESULTADOS: Foram observadas 1.175 farmácias/unidades dispensadoras, 507 entrevistas telefônicas (495 coordenadores da assistência farmacêutica), e 1.139 responsáveis pela entrega de medicamentos. A força de trabalho na assistência farmacêutica era predominantemente composta por mulheres, na faixa etária de 18 a 39 anos, com formação superior (90,7% na coordenação e 45,5% na unidade de dispensação), com vínculo empregatício efetivo (concursado), há mais de um ano no cargo ou atividade e jornada de trabalho semanal superior a 30 horas, tanto na gestão municipal quanto nas unidades de dispensação de medicamentos. Foram observadas diferenças regionais na composição da força de trabalho nas unidades de dispensação; nas regiões Sudeste e Centro-Oeste havia maior proporção de farmacêuticos nestes serviços.

CONCLUSÕES: A profissionalização das funções de gestão municipal na atenção básica é uma conquista na organização da força de trabalho da assistência farmacêutica. No entanto, há importantes deficiências na composição da força de trabalho nas unidades de dispensação de medicamentos que devem comprometer a qualidade do uso dos medicamentos e seus resultados na saúde da população.

DESCRIPTORIOS: Assistência Farmacêutica, recursos humanos. Equipe de Assistência ao Paciente. Trabalhadores. Atenção Primária à Saúde. Pesquisa sobre Serviços de Saúde. Sistema Único de Saúde.

Correspondência:

Silvana Nair Leite
Departamento de Ciências
Farmacêuticas
Universidade Federal de Santa
Catarina – Campus Trindade
88.040-900
Florianópolis, SC, Brasil
E-mail: silvana.nair.leite@ufsc.br

Recebido: 20 abr 2016

Aprovado: 30 nov 2016

Como citar: Carvalho MN, Álvares J, Costa KS, Guerra Junior AA, Acurcio FA, Costa EA, et al. Força de trabalho na assistência farmacêutica da atenção básica do SUS, Brasil. Rev de Saude Publica. 2017;51 Supl 2:16s.

Copyright: Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença de Atribuição Creative Commons, que permite uso irrestrito, distribuição e reprodução em qualquer meio, desde que o autor e a fonte originais sejam creditados.



INTRODUÇÃO

Desde a sua implantação no final da década de 1980, o Sistema Único de Saúde (SUS) ampliou o número de postos de trabalho em todos os níveis de atenção, especialmente na atenção básica (AB). Houve a expansão e a diversificação da força de trabalho em saúde, com aumento do número de médicos e enfermeiros e inclusão de outras categorias profissionais tais como fisioterapeutas, farmacêuticos, nutricionistas, fonoaudiólogos, profissionais de educação física, entre outros⁶.

O SUS possui mais de 60% dos estabelecimentos do setor saúde, atende aproximadamente 80% da população e absorve em torno de 80% da força de trabalho do setor, o que representa quase dois milhões de empregos do país. Estima-se que 52% dos enfermeiros, 44% dos médicos, 27% dos dentistas, 11% dos farmacêuticos e 10% dos psicólogos são funcionários públicos¹³.

Com o objetivo de reorganizar o SUS e atender aos princípios de integralidade, equidade e universalidade da atenção, tendo a AB como ordenadora da rede de serviços de saúde, o Ministério da Saúde implantou o Programa de Saúde da Família (PSF), em 1994, voltado à redução da mortalidade materno-infantil, principalmente nas regiões Norte e Nordeste do país. Em 2006 foi publicada a Política Nacional de Atenção Básica que transformou o PSF na Estratégia de Saúde da Família, reafirmando o seu papel prioritário na reorganização da AB¹⁴.

Diferentemente das equipes de Saúde da Família, compostas por médicos, enfermeiros, cirurgiões-dentistas, auxiliares ou técnicos em saúde bucal, auxiliares ou técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde, as equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), implantadas mais recentemente, podem ser compostas por inúmeras categorias profissionais, entre as quais os farmacêuticos^{6,15}.

No mundo, assim como no Brasil, o debate sobre o trabalho em saúde em todos os setores, inclusive na farmácia, ganhou destaque com a publicação do Relatório Mundial da Saúde 2006, que aponta a escassez de trabalhadores no setor saúde e a distribuição desigual da força de trabalho⁹.

A maioria dos estudos brasileiros desenvolvidos sobre força de trabalho em saúde se refere à categoria de enfermagem em seus diversos cenários de trabalho¹⁰. Em relação às outras categorias de trabalhadores de nível superior ainda há poucos estudos, entre os quais o de Carvalho et al⁶ sobre a expansão e a diversificação da força de trabalho na AB do SUS. Nesse estudo, as autoras apontam o NASF como uma importante estratégia para a inserção de outras categorias profissionais na AB, especialmente fisioterapeutas, psicólogos, assistentes sociais, nutricionistas e farmacêuticos.

No bojo da implantação e organização do SUS, também ocorreram mudanças no financiamento e acesso aos medicamentos essenciais, entre as quais se destacam a Política Nacional de Medicamentos, em 1998. A Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), publicada por meio da Resolução n° 338 do Conselho Nacional de Saúde, em 2004, reafirmou a assistência farmacêutica como parte indissociável do sistema de saúde, a criação do bloco de financiamento específico voltado à garantia da execução da política no país e o reconhecimento do necessário desenvolvimento de recursos humanos para a assistência farmacêutica⁴.

Em 1988, o relatório da reunião do grupo consultivo da Organização Mundial da Saúde é considerado um marco para a reorientação da atuação do farmacêutico nos sistemas de saúde, deslocando a centralidade das ações no medicamento e voltando-as ao usuário. Houve, então, o reconhecimento de que o farmacêutico é o profissional com melhor capacitação para conduzir as ações destinadas à melhoria do acesso e promoção do uso racional dos medicamentos, sendo ele indispensável para organizar os serviços necessários para o desenvolvimento pleno da assistência farmacêutica¹.

No Brasil, estudos mostram que, apesar do crescimento da categoria farmacêutica como força de trabalho da AB, a uma taxa de 75% no período de 2008 a 2013⁶, profissionais de nível

técnico e outras categorias profissionais atuam nos serviços de dispensação de medicamentos públicos e privados^{5,18}.

Nesse contexto, conhecer a força de trabalho da assistência farmacêutica na atenção básica é imprescindível para a avaliação das conquistas e desafios relativos à gestão da disponibilidade, acesso e utilização de medicamentos no país. Isso permitiria a elaboração e acompanhamento de políticas públicas correspondentes com as reais necessidades relativas à formação e qualificação de trabalhadores para o desenvolvimento da assistência farmacêutica e obtenção dos melhores resultados de saúde com os serviços de assistência farmacêutica.

A Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos (PNAUM) – Serviços, teve como objetivo caracterizar a organização dos serviços de assistência farmacêutica na atenção primária do SUS, visando ao acesso e à promoção do uso racional de medicamentos, bem como identificar e discutir os fatores que interferem na consolidação da assistência farmacêutica no âmbito municipal.

O presente estudo integra a PNAUM – Serviços e teve por objetivo caracterizar a força de trabalho da assistência farmacêutica na rede de atenção básica à saúde no Brasil.

MÉTODOS

A PNAUM é um estudo transversal, exploratório, de natureza avaliativa, composto por um levantamento de informações numa amostra representativa de serviços de atenção primária, em municípios das regiões do Brasil. Várias populações de estudo foram consideradas no plano de amostragem, com amostras estratificadas pelas regiões, que constituem domínios do estudo². A pesquisa foi instituída pela Portaria do Ministério da Saúde nº 2.077, de 17 de setembro de 2012.

A amostragem considerou representatividade regional de municípios: capitais; municípios maiores, tendo sido tomados os 0,5% maiores municípios da região, e municípios menores, totalizando 120 municípios por região. Em cada município, foram amostrados serviços de atenção básica, de acordo com o número total de serviços em cada município. Para o presente artigo, foram analisadas as entrevistas presenciais realizadas com responsáveis pela entrega dos medicamentos nos serviços de atenção primária do SUS, além de observação das instalações dos serviços farmacêuticos de todos os serviços amostrados; e entrevistas telefônicas com os responsáveis municipais pela AF (um em cada município analisado). Os roteiros para as entrevistas contemplaram a organização da assistência farmacêutica em cada município e serviço de saúde, incluindo as práticas profissionais, as estruturas disponíveis e os processos de trabalho. O roteiro de observação das instalações dos serviços de saúde constituiu-se de *checklist* e registro fotográfico e foram aplicados por entrevistadores treinados. Todos os instrumentos de pesquisa foram construídos coletivamente pelo grupo de pesquisa, pré-testados e validados em serviços de saúde no estado de Minas Gerais. Os entrevistadores receberam treinamento específico para cada instrumento empregado. A descrição completa da metodologia da pesquisa está disponível em Alvares et al.²

Os dados foram coletados de julho a dezembro de 2014. Para a análise, foi considerada a estratificação dos dados por região geográfica.

Os dados foram analisados com o auxílio do *software* SPSS, versão 22, extraindo-se as frequências das variáveis do estudo. Todas as análises levaram em conta os pesos amostrais e a estrutura do plano de análise para amostras complexas. Para a análise de associação estatística foi realizado teste de correlação Pearson para as variáveis categóricas. O nível de significância adotado foi de $p < 0,05$. Os resultados apresentaram representatividade para as regiões geográficas do Brasil.

Os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. A PNAUM foi aprovada pelo Comitê Nacional de Ética em Pesquisa do Conselho Nacional de Saúde, mediante Parecer nº 398.131/2013.

RESULTADOS

Foram observadas 1.175 farmácias/unidades dispensadoras, 507 entrevistas telefônicas (495 coordenadores da assistência farmacêutica), e 1.139 responsáveis pela entrega de medicamentos.

As mulheres eram hegemônicas na atividade de gestão municipal da assistência farmacêutica. O Nordeste foi a única região onde os homens ocupam 50,1% (IC95% 39,2–61,0) dos cargos de coordenação (Tabela 1).

Quanto à escolaridade, a maioria dos municípios possuía gestores com formação superior. Cabe destacar a região Nordeste por dois aspectos importantes: 22,2% (IC95% 14,4–32,8) dos municípios tinham coordenadores com especialização (*lato sensu*) e 3,8% (IC95% 1,2–11,4) com mestrado ou doutorado (*stricto sensu*) em alguma área do conhecimento. Todas as regiões apresentam prevalência de farmacêuticos (> 80%) como coordenadores da assistência farmacêutica municipal (Tabela 1).

Em relação ao tipo de vínculo de trabalho, nas regiões Sudeste e Sul predominavam municípios com gestores concursados, enquanto se observava certa similaridade entre concursados e comissionados nas demais regiões. Todas as regiões mostram prevalência de tempo no cargo superior a 12 meses (> 70%). À exceção do Nordeste, os gestores das demais regiões possuíam jornada de trabalho semanal superior a 30 horas (Tabela 1).

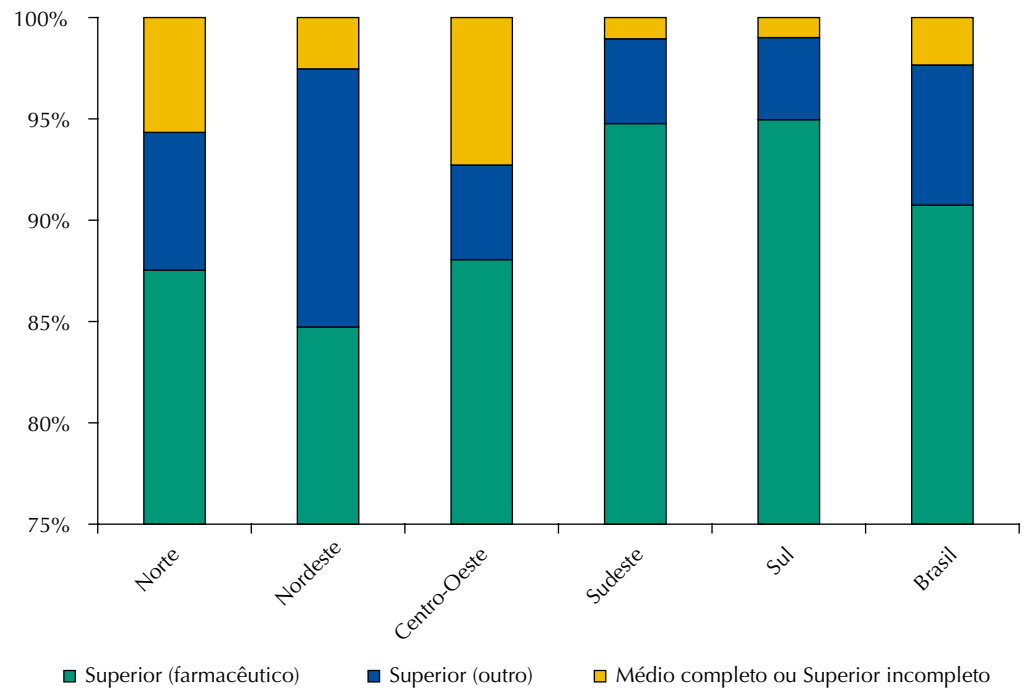
A gestão da assistência farmacêutica municipal era predominantemente composta por farmacêuticos em todas as regiões. Mais de 90% dos municípios brasileiros possuíam farmacêuticos na coordenação da assistência farmacêutica (Figura 1).

Tabela 1. Caracterização do gestor da assistência farmacêutica municipal, Brasil e regiões. Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos – Serviços, 2015. (n = 507)

Variável	Norte	Nordeste	Centro-Oeste	Sudeste	Sul	Brasil
	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)
Sexo						
Feminino	64,4 (54,0–73,6)	49,9 (39,9–60,8)	67,3 (57,3–75,9)	63,2 (53,1–72,3)	73,2 (63,7–81,0)	62,0 (56,9–66,9)
Masculino	36,6 (26,4–46,0)	50,1 (39,2–61,0)	32,7 (24,1–42,7)	36,8 (27,7–46,9)	26,8 (19,0–36,3)	38,0 (33,1–43,1)
Faixa etária (anos)						
18 a 39	75,1 (64,8–83,2)	66,3 (55,1–75,9)	84,0 (75,2–90,1)	69,6 (59,5–78,1)	72,5 (62,9–80,4)	70,9 (65,8–75,5)
40 a 59	24,9 (16,8–35,2)	29,9 (20,7–40,9)	16,0 (9,9–24,8)	30,3 (21,9–40,4)	27,5 (19,6–37,1)	27,9 (23,4–33,0)
≥ 60	-	3,8 (1,2–11,4)	-	1,0 (0–5,0)	-	1,2 (0,4–3,5)
Tipo de vínculo						
Concursado	37,5 (28,2–47,9)	39,9 (29,7–51,1)	45,5 (35,8–55,5)	63,2 (53,1–72,3)	76,8 (67,6–84,0)	56,0 (51,0–60,9)
Comissionado	35,6 (26,4–46,0)	34,6 (25,0–45,7)	25,5 (17,7–35,1)	14,8 (9,0–23,4)	10,0 (5,5–17,6)	22,0 (18,1–26,5)
Outro	26,9 (18,7–37,0)	25,5 (17,0–36,2)	29,1 (20,9–39,0)	22,0 (14,8–31,5)	13,2 (7,9–21,3)	22,0 (18,0–26,6)
Jornada semanal (horas semanais)						
≤ 30	45,3 (35,3–55,7)	62,4 (51,3–72,4)	22,9 (15,5–32,4)	27,9 (20,0–37,4)	27,9 (20,0–37,4)	39,1 (34,4–44,0)
> 30	54,7 (44,3–64,7)	37,6 (27,6–48,7)	77,1 (67,6–84,5)	71,8 (61,9–79,9)	72,1 (62,6–80,0)	60,9 (56,0–65,6)
Tempo no cargo (meses)						
≤ 12	38,4 (28,8–49,0)	28,6 (19,6–39,4)	39,4 (30,1–49,5)	24,4 (16,8–34,1)	23,3 (16,0–32,5)	37,7 (23,3–52,5)
> 12	61,6 (51,0–71,2)	71,4 (60,4–80,4)	60,6 (50,5–69,9)	75,6 (65,9–83,2)	76,7 (67,5–84,0)	72,3 (67,5–76,7)

Fonte: PNAUM – Serviços, 2015. Concursado: servidor concursado ou cedido. Valores de p (sexo) = 0,008; p (faixa etária) = 0,022; p (tipo de vínculo) < 0,001; p (carga horária semanal) < 0,001; p (tempo no cargo) = 0,167.

As mulheres eram a maioria dos trabalhadores das unidades de dispensação de medicamentos dos serviços de saúde da atenção básica em todas as regiões, com destaque para o Nordeste e o Sul, onde as mulheres eram maioria em mais 80% dos municípios (Tabela 2).



Fonte: PNAUM – Serviços, 2015. Valor de $p = 0,023$.

Figura 1. Escolaridade e profissão do gestor da assistência farmacêutica na atenção básica de saúde, Brasil e regiões. Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos – Serviços, 2015. (n = 507).

Tabela 2. Caracterização do trabalhador das unidades de dispensação de medicamentos na atenção básica do SUS. Brasil e regiões, 2015. Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos – Serviços, 2015. (n = 1.139)

Variável	Norte % (IC95%)	Nordeste % (IC95%)	Centro-Oeste % (IC95%)	Sudeste % (IC95%)	Sul % (IC95%)	Brasil % (IC95%)
Sexo						
Feminino	77,5 (70,6–83,2)	80,9 (72,2–87,3)	68,8 (51,6–82,0)	69,7 (52,8–82,6)	87,4 (81,1–91,9)	77,4 (71,2–82,6)
Masculino	22,5 (16,8–29,4)	19,1 (12,7–27,8)	31,2 (18,0–48,4)	30,3 (17,4–47,2)	12,6 (8,1–18,9)	22,6 (17,4–28,8)
Faixa etária (anos)						
18 a 39	59,3 (52,9–65,4)	68,6 (57,0–78,3)	71,1 (59,6–80,4)	51,0 (37,9–63,9)	66,0 (50,4–78,7)	61,9 (55,0–68,3)
40 a 59	38,4 (32,3–44,9)	29,1 (20,4–39,6)	25,5 (17,1–36,2)	45,9 (33,9–58,4)	32,5 (19,9–48,2)	35,6 (29,6–42,1)
≥ 60	2,3 (1,2–4,3)	2,3 (0,8–6,2)	3,4 (0,7–15,8)	3,1 (1,6–5,9)	1,5 (0,3–7,2)	2,5 (1,5–4,0)
Tipo de vínculo						
Concurado	43,1 (33,9–52,7)	42,7 (30,7–55,7)	61,8 (45,0–76,2)	66,2 (49,4–79,7)	76,2 (56,2–88,8)	57,0 (49,3–64,4)
Contratado	53,4 (43,3–63,2)	48,5 (36,4–60,8)	33,0 (19,7–49,8)	15,9 (9,8–24,7)	12,2 (6,3–22,4)	31,5 (25,7–37,9)
Terceirizado	0,5 (0,1–3,5)	3,0 (1,2–7,4)	2,8 (0,6–11,8)	7,6 (3,5–15,6)	1,4 (0,5–4,0)	4,0 (2,3–6,7)
Comissionado	0,9 (0,2–3,7)	4,0 (1,4–10,5)	1,5 (0,4–5,5)	9,5 (2,0–34,6)	9,5 (2,2–31,9)	6,2 (2,6–14,0)
Outro	2,1 (1,1–4,1)	1,8 (0,6–4,9)	0,9 (0,2–3,9)	0,8 (0,2–3,2)	0,9 (0,2–3,1)	1,3 (0,7–2,4)
Jornada semanal (horas semanais)						
≤ 30	43,8 (31,2–57,2)	32,5 (20,2–47,8)	29,5 (16,2–47,6)	39,1 (24,7–55,5)	34,8 (18,9–55,0)	35,8 (28,1–44,3)
> 30	56,2 (42,8–68,8)	67,5 (52,2–79,8)	70,5 (52,4–83,8)	60,9 (44,5–75,3)	65,2 (45,0–81,1)	64,2 (55,7–71,9)
Tempo de experiência (meses)						
≤ 12	10,6 (6,0–18,0)	11,0 (6,5–18,1)	8,1 (2,6–22,5)	8,8 (3,8–18,8)	12,7 (6,2–24,0)	10,4 (7,4–14,4)
> 12	89,4 (82,0–94,0)	89,0 (81,9–93,5)	91,9 (77,5–97,4)	91,2 (81,2–96,2)	87,3 (76,0–93,8)	89,6 (85,6–92,6)

Fonte: PNAUM – Serviços, 2015. Auxiliar: auxiliar de farmácia ou de enfermagem. Concurado: servidor concursado/cedido. Valores de p (sexo) = 0,087; p (faixa etária) = 0,139; p (tipo de vínculo) = 0,001; p (carga horária semanal) = 0,803; p (tempo de experiência) = 0,886.

Em relação à faixa etária dos trabalhadores, as regiões Norte e Sudeste apresentaram comportamento semelhante: as faixas de 18 a 39 anos e 40 e 59 anos praticamente se equivaliam, ou seja, a força de trabalho estava quase que equitativamente distribuída nessas idades (Tabela 2).

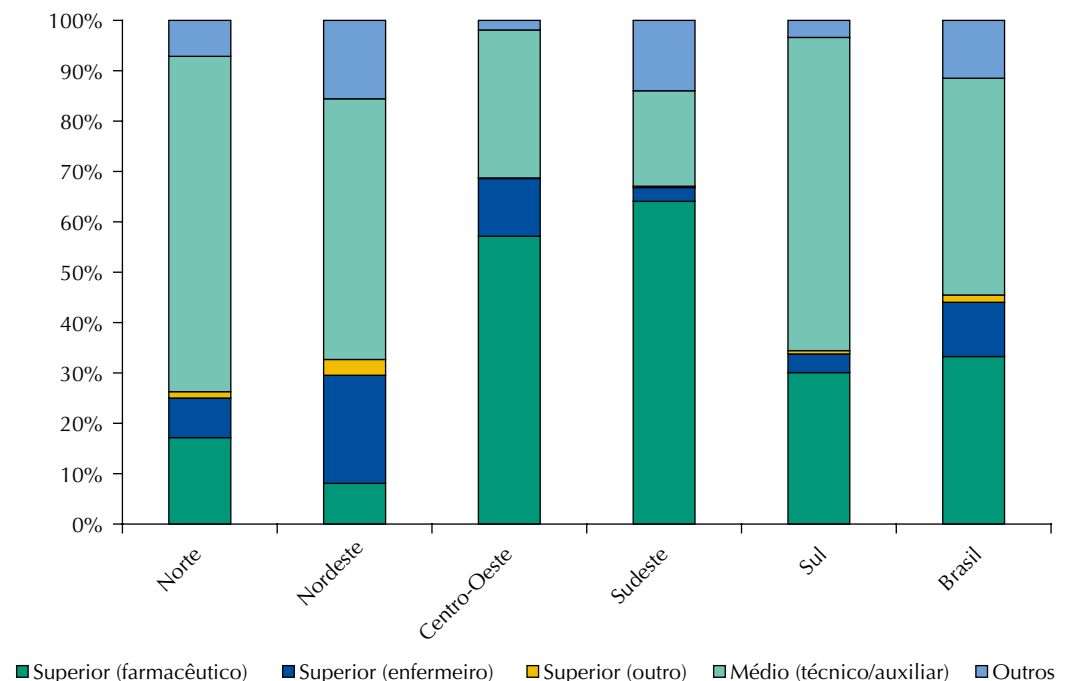
No Centro-Oeste, Sudeste e Sul mais de 60% dos municípios possuíam trabalhadores concursados, enquanto nas regiões Norte e Nordeste o percentual de concursados e contratados era proporcional. No Sudeste existia um percentual expressivo de municípios com trabalhadores “terceirizados” nas unidades de dispensação de medicamentos (7,6%; IC95% 3,5–15,6). Quanto ao tempo de experiência e a carga horária semanal, todas as regiões apresentaram prevalência de mais de um ano de dispensação de medicamentos e jornada acima de 30 horas (Tabela 2).

Enquanto a coordenação era hegemonicamente constituída por mulheres com formação superior, especialmente por graduadas em Farmácia, a entrega de medicamentos ao usuário era realizada por mulheres com nível médio de escolaridade, fundamentalmente técnicas ou auxiliares de enfermagem (Tabelas 1 e 2).

A Figura 2 se refere à força de trabalho nas unidades de dispensação de medicamentos dos serviços de saúde da atenção básica do SUS: era composta predominantemente por técnicos ou auxiliares de enfermagem ($n = 631$; 43,0%; IC95% 36,0–50,4; $p < 0,001$), seguidos do farmacêutico ($n = 291$; 33,3%; IC95% 26,4–40,9; $p < 0,001$).

A escolaridade e a formação do trabalhador da unidade de entrega/dispensação de medicamentos variaram significativamente de acordo com a região. Nas regiões Norte, Sul e Nordeste, o trabalhador de nível médio (em geral, técnico ou auxiliar de enfermagem) era predominante, enquanto o Centro-Oeste e Sudeste tinham farmacêuticos em maior número (57,1%, IC95% 41,0–71,9; 64,1%, IC95% 45,9–78,9; $p < 0,001$ respectivamente).

Além do farmacêutico, o enfermeiro também exercia atividades nesse tipo de unidade ($n = 108$; 10,8%; IC95% 7,2–15,7). No Nordeste, 21,5% (IC95% 12,6–34,0) dos municípios contava com enfermeiro como profissional que realizava a entrega de medicamentos nas unidades de saúde da atenção básica (Figura 2).



Fonte: PNAUM – Serviços, 2015. Valor de $p < 0,001$.

Figura 2. Escolaridade e profissão do trabalhador das unidades de dispensação na atenção básica de saúde, Brasil e regiões. Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos – Serviços, 2015. ($n = 1.139$).

DISCUSSÃO

Todos os municípios participantes da PNAUM Serviços possuíam ao menos um farmacêutico na rede municipal de saúde — eles estavam concentrados nas atividades de gestão municipal — e exerciam a função havia mais de um ano, mostrando um movimento de consolidação deste setor na estrutura administrativa dos municípios.

Os dados da PNAUM componente serviços mostram que a força de trabalho da assistência farmacêutica na atenção básica era predominantemente composta por mulheres, entre 18 e 39 anos de idade, com vínculo empregatício efetivo, há mais de um ano no cargo ou atividade e jornada de trabalho semanal superior a 30 horas. A escolaridade, por sua vez, variou de acordo com a atividade: nível superior na coordenação e nível técnico ou auxiliar nas unidades de saúde.

A presença marcante das mulheres nas atividades de coordenação da assistência farmacêutica municipal pode ser resultado da ampliação do acesso à formação superior em Farmácia e aumento do número de mulheres no mercado de trabalho farmacêutico. As mulheres também são maioria entre os trabalhadores das unidades de dispensação, cuja escolaridade predominante é o nível médio (técnico ou auxiliar).

Há inúmeras explicações à presença hegemônica das mulheres na força de trabalho em geral, entre as quais se destaca o aumento das mulheres na sociedade e na universidade. Para alguns autores, a intensificação da participação das mulheres no mercado de trabalho também se deve ao fato de ser uma mão de obra mais barata e que aceita trabalhar em condições precárias. Nesse contexto, a literatura chama atenção para a polarização das trabalhadoras brasileiras, em que, num extremo, estão profissionais com formação superior e salários relativamente elevados para o conjunto das trabalhadoras, e no outro extremo, mulheres com baixa qualificação, com salários baixos e tarefas de menor reconhecimento social⁷.

No setor saúde, além das razões já descritas, as “funções tipicamente femininas”, ou histórica e socialmente identificadas como “próprias das mulheres”, acabam explicando a presença majoritária das mulheres como enfermeiras, nutricionistas, psicólogas, assistentes sociais e parteiras. Contudo, já se observa a inserção das mulheres em redutos dos homens, como a medicina¹⁹.

De fato, a literatura aponta a expansão da participação feminina em carreiras universitárias masculinas, como, por exemplo, medicina, odontologia e medicina veterinária; e a crescente inserção da mulher no mercado de trabalho do setor saúde, em que já representa mais de 70% da força de trabalho. Em vários cursos de graduação da área da saúde, inclusive no curso de Farmácia, as mulheres já ocupam mais da metade das vagas oferecidas. Entre os profissionais de nível médio, a tendência à feminização parece mais forte, representando 86,9% dos técnicos e auxiliares de enfermagem^{7,12}.

Wermelinger et al.¹⁹ trazem uma reflexão interessante sobre a profissão mais feminina da área da saúde: a enfermagem. No contexto em que a tecnicidade é consagrada e até explica a valorização do trabalho dos homens, o trabalho da enfermagem é desqualificado por ser majoritariamente realizado por mulheres. Suas atividades exigem cada vez mais o domínio de novas tecnologias, incluindo tecnologias duras, tanto no âmbito da assistência quanto na gestão. Entretanto, a representação social do trabalho da enfermagem está associada aos aspectos mais humanos e menos técnicos do cuidado em saúde, o que é traduzido erroneamente como trabalho de menor valor. Essa reflexão é importante para os resultados apresentados neste artigo que demonstram claramente a presença das mulheres com formação superior na função de gestão e com formação técnica na dispensação de medicamentos.

De modo geral, a maioria dos trabalhadores na gestão e na assistência possui vínculo empregatício efetivo (56% e 57%, respectivamente), ou seja, ingressaram na administração pública por concurso. Diferentemente do resultado nacional, as regiões Norte e Nordeste apresentaram distribuição proporcional entre concursados e comissionados na coordenação

municipal da assistência farmacêutica e predomínio de servidores contratados nas unidades de dispensação (53,4% e 48,5%, respectivamente).

Nesse contexto, vale destacar que aproximadamente 35% dos trabalhadores das unidades de dispensação são contratados ou terceirizados, o que pode indicar uma tendência de flexibilização e até precarização das relações de trabalho.

Enquanto os servidores concursados são a maioria nas regiões Centro-Oeste, Sudeste e Sul, as regiões Norte e Nordeste se destacam pelo predomínio de servidores contratados. A terceirização representa 7,6% do vínculo de trabalho na região Sudeste, o que provavelmente se deve a muitos fatores, entre os quais estão as limitações impostas pela Lei de Responsabilidade Fiscal.

A terceirização, uma das principais expressões de flexibilização, é uma forma especial de privatização que a administração pública utiliza para transferir parcialmente a responsabilidade da produção de alguns serviços, por meio da contratação de terceiros. Embora seja uma forma eficaz de garantir o cumprimento da Lei de Responsabilidade Fiscal, as vantagens ou desvantagens da flexibilização dependem do ponto de vista, pois é importante destacar duas tendências desse processo: a desregulamentação da proteção do emprego e a precariedade das relações de trabalho, com consequente diferenciação do emprego e do salário e tendência à fragmentação das relações profissionais^{3,11}.

Apesar de outras categorias profissionais poderem participar da gestão, estruturação e organização, a atividade de coordenação municipal da assistência farmacêutica em todas as regiões do país é desempenhada por farmacêuticos (90,7%), variando regionalmente de 84,7% no Nordeste a 95% no Sul. Isso provavelmente se deve a inúmeros fatores, que vão desde a existência de políticas norteadoras do setor, tais como a PNAF, às iniciativas da reorientação da assistência farmacêutica no SUS e a estruturação da assistência farmacêutica no nível municipal⁴.

Segundo o relatório global sobre força de trabalho em Farmácia⁹, nos países de baixa renda *per capita* (p. ex. República do Congo e Haiti), a escassez de farmacêuticos acabou resultando na dependência de trabalhadores de nível médio. Já nos países de alta renda *per capita* (p. ex. Austrália, Reino Unido e Japão), os farmacêuticos são a maioria na composição da força de trabalho. A participação de trabalhadores de nível técnico, em geral profissionais regulamentados e qualificados para apoiar o farmacêutico, varia de 43,2% na Europa a 28,4% nas Américas, enquanto que no Sudeste Asiático representa 67,5% do total da força de trabalho na área farmacêutica. Cabe ressaltar que esses resultados se referem ao mercado de trabalho de modo geral, sem qualquer abordagem específica em relação aos serviços de atenção básica de saúde nos países analisados.

No Brasil, o cenário é aparentemente favorável quanto ao número de farmacêuticos. Segundo o Ministério do Trabalho e Previdência Social⁸, havia 5,4 farmacêuticos por 10.000 habitantes em 2013, que é superior a países como México, Índia e todos os países Africanos, mas inferior a muitos países europeus e aos Estados Unidos da América. Considerando todos aqueles que trabalham com registro profissional, em 2014 o Conselho Federal de Farmácia contabilizou nove farmacêuticos para cada 10.000 habitantes¹⁷.

A discussão sobre força de trabalho na assistência farmacêutica no SUS, no entanto, é peculiar e merece destaque. Entre 2008 e 2013, o número de farmacêuticos cadastrados nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) cresceu 75% no país. À exceção do Nordeste (45%), as taxas de crescimento foram superiores a 50% nas demais regiões o que, provavelmente, foi possível por dois fatores: implantação do NASF e crescimento da assistência farmacêutica no país. Além disso, o Brasil é um dos poucos países que tem um modelo público de assistência farmacêutica em que o farmacêutico coordena todas as atividades relacionadas à cadeia do medicamento nas esferas governamentais, desde a seleção até o uso^{4,6}.

A hegemonia farmacêutica identificada na gestão municipal da assistência farmacêutica não se reproduz nas unidades de dispensação. Os trabalhadores de nível médio, especialmente

³ Antigo MTE (Ministério do Trabalho e Emprego). Atual MTPS (Ministério do Trabalho e Previdência Social). Relação Anual de Informações Sociais (RAIS). Disponível em: <http://bi.mte.gov.br/bgcaged/login.php>.

os técnicos e auxiliares de enfermagem, ocupavam a maioria dos postos de trabalho (43%), enquanto os farmacêuticos representavam 33,3% da força de trabalho presente nas unidades de dispensação. Quando verificada a responsabilidade técnica pelas unidades de dispensação, 43% das unidades tinham farmacêuticos como responsáveis (variando de 18,6% no Nordeste a 72% no Sudeste).

Apesar das altas taxas de crescimento entre 50% a 150% – como é o caso de fonoaudiólogos (55%), farmacêuticos (75%), fisioterapeutas (78%), nutricionistas (83%) e profissionais de educação física (145%) –, essas categorias ainda possuem baixa participação percentual na composição da força de trabalho nas UBS, variando entre 0,1% a 3%. Em 2008, os farmacêuticos representavam 2,9% de todos os trabalhadores cadastrados em UBS⁶.

Semelhantemente ao comportamento dos países de baixa e alta renda, a alternância da hegemonia entre farmacêuticos e trabalhadores de nível médio nas unidades de dispensação também foi observada entre as regiões brasileiras. A participação dos farmacêuticos variou entre 8,1% no Nordeste a 64,1% no Sudeste, enquanto os técnicos e auxiliares predominam no Norte (66,6%) e representavam 19,0% da força de trabalho no Sudeste. Isso provavelmente se deve aos mesmos fatores identificados nas regiões do mundo, entre os quais se destacam a oferta de cursos (formação superior e técnico), Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), dentre outros fatores^{8,9}.

De fato, a região Sudeste concentra a formação farmacêutica do país: em 2013, havia 216 cursos de Farmácia (50% do total), 14.475 ingressos e 7.626 egressos, enquanto a região Norte tinha 27 cursos, 1.802 ingressos e apenas 862 egressos. Além disso, as regiões Sudeste e Sul possuem os melhores IDH. Nesse sentido, parece que o predomínio de profissionais de nível superior (especialmente farmacêuticos) depende da oferta de cursos de formação superior e das condições de fixação dos profissionais de saúde, que geralmente dependem do nível de riqueza e desenvolvimento regional^{b,c}.

É importante também considerar a forma de organização das unidades de dispensação de medicamentos nas diferentes regiões. Na região Sudeste há maior concentração de farmácias centralizadas e conseqüente diminuição do número de unidades de dispensação nas UBS. Desta forma, a redução do número de pontos de atenção com dispensação de medicamentos eleva a proporção de unidades que contam com farmacêuticos, mesmo que o número absoluto de farmacêuticos não apresente tamanha diferença.

De modo geral, os farmacêuticos têm expandido suas funções e responsabilidades na atenção primária em saúde em todo o mundo, com foco claro nos cuidados diretos aos pacientes. Estudos sobre a força de trabalho farmacêutico realizados nos Estados Unidos da América identificaram que a prestação de serviços e assistência aos pacientes por farmacêuticos aumentaram. O segmento de farmacêuticos fornecedores de medicamentos que também cuidam dos pacientes passou de 17% (2009) para 48% (2014). Contudo, a manutenção em níveis estáveis dos fornecedores de medicamentos sugere a necessidade de manter os farmacêuticos também envolvidos na oferta de medicamentos como atividade fundamental para o bom desempenho dos serviços de saúde¹⁶.

Em conclusão, a profissionalização das funções de gestão municipal na organização da força de trabalho da assistência farmacêutica na atenção básica no SUS é uma conquista. No entanto, há importantes deficiências na composição da força de trabalho nas unidades de dispensação de medicamentos, o que deve comprometer a qualidade do uso dos medicamentos e seus resultados em saúde. Apesar da amostragem representativa de todas as regiões e portes populacionais, limitações do estudo podem ter ocasionado vieses, como na amostragem das unidades de dispensação nos municípios, pois apresentam muitas possibilidades de organização e distribuição de formas diferentes entre eles. As informações aqui registradas foram emitidas por entrevistas dos responsáveis pela assistência farmacêutica nos municípios e por trabalhadores que, no momento da coleta de dados, apresentaram-se como responsáveis pela dispensação de medicamentos nas unidades, portanto, passíveis de vieses de interpretação.

^b Observa RH - Estação de Trabalho IMS/UERJ. SIGRAS - Sistema de Indicadores das Graduações em Saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; 2013 [citado 26 jan 2017]. Disponível em: <http://www.obsnetims.org.br/sigras>

^c Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal Brasileiro 2013. Brasília (DF): PNUD, IPEA, FJP; 2013 [citado 26 jan 2017]. (Série Atlas de Desenvolvimento Humano no Brasil 2013). Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/130729_AtlasPNUD_2013.pdf

REFERÊNCIAS

1. Angonesi D, Sevalho G. Atenção Farmacêutica: fundamentação conceitual e crítica para um modelo brasileiro. *Cienc Saude Coletiva*. 2010;15 Supl 3:3603-14. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000900035>
2. Álvares J, Alves MCGP, Escuder MML, Almeida AM, Izidoro JB, Guerra Junior AA, et al. Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos: métodos. *Rev Saude Publica*. 2017;51 Supl 2:4s. <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2017051007027>
3. Alves SMP, Coelho MCR, Borges LH, Cruz CAM, Massaroni L, Maciel PMA. A flexibilização das relações de trabalho na saúde: a realidade de um Hospital Universitário Federal. *Cienc Saude Coletiva*. 2015;20(10):3043-50. <https://doi.org/10.1590/1413-812320152010.11592014>
4. Araújo ALA, Pereira LRL, Ueta JM, Freitas O. Perfil da assistência farmacêutica na atenção primária do Sistema Único de Saúde. *Cienc Saude Coletiva*. 2008;13 Supl 6:11-7. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232008000700010>
5. Arrais PSD, Barreto ML, Coelho HLL. Aspectos dos processos de prescrição e dispensação de medicamentos na percepção do paciente: estudo de base populacional em Fortaleza, Ceará, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2007;23(4):927-37. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000400020>
6. Carvalho MN, Dalla Costa EMO, Sakai MH, Gil CRR, Leite SN. Expansão e diversificação da força de trabalho de nível superior nas Unidades Básicas de Saúde no Brasil, 2008 – 2013. *Saude Debate*. 2016;40(109):154-62. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201610912>
7. Guedes MC. A inserção dos trabalhadores mais escolarizados no mercado de trabalho brasileiro: uma análise de gênero. *Trab Educ Saude*. 2010;8(1):55-75. <https://doi.org/10.1590/S1981-77462010000100004>
8. Hawthorne N, Anderson C. The global pharmacy workforce: a systematic review of the literature. *Hum Resour Health*. 2009;7:48. <https://doi.org/10.1186/1478-4491-7-48>
9. International Pharmaceutical Federation. Global Pharmacy: workforce report, 2012. The Hague; 2012 [citado 26 jan 2017]. Disponível em: http://www.fip.org/files/members/library/FIP_workforce_Report_2012.pdf
10. Machado CR, Dal Poz MR. Sistematização do conhecimento sobre as metodologias empregadas para o dimensionamento da força de trabalho em saúde. *Saude Debate*. 2015;39(104):239-54. <https://doi.org/10.1590/0103-110420151040498>
11. Marques APP. Reestruturação produtiva e recomposições do trabalho e emprego: um périplo pelas “novas” formas de desigualdade social. *Cienc Saude Coletiva*. 2013;18(6):1545-54. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000600007>
12. Matos IB, Toassi RFC, Oliveira MC. Profissões e ocupações de saúde e o processo de feminização: tendências e implicações. *Athenea Digit*. 2013[citado 26 jan 2017];13(2):239-44. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/118035/000894801.pdf?sequence=1>
13. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet*. 2011;377(9779):1778-97. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60054-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60054-8)
14. Rizzotto MLF, Gil CRR, Carvalho M, Fonseca ALN, Santos MF. Força de trabalho e gestão do trabalho em saúde: revelações da Avaliação Externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica no Paraná. *Saude Debate*. 2014;38 N° Espec:237-51. <https://doi.org/10.5935/0103-1104.2014S018>
15. Santos SFS, Benedetti TRB. Cenário de implantação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família e a inserção do profissional de Educação Física. *Rev Bras Ativ Fis Saude*. 2012;17(3):188-94.
16. Schommer JC, Gaither CA, Doucette WR, Kreling DH, Mott DA. Pharmacist contributions to the U.S. Health Care System reported in the 2009 and 2014 National Pharmacist Workforce Surveys. *Innov Pharm*. 2015 [citado 26 jan 2017];6(2):1-14. Disponível em: <http://pubs.lib.umn.edu/innovations/vol6/iss2/5>
17. Serafin C, Correia Jr D, Vargas M. Perfil do farmacêutico no Brasil: relatório. Brasília (DF): Conselho Federal de Farmácia; 2015 [citado 26 jan 2017]. Disponível em: http://www.cff.org.br/userfiles/file/Perfil%20do%20farmac%C3%AAutico%20no%20Brasil%20_web.pdf

18. Veber AP, Diehl E, Leite SN, Prospero ENS. Pharmaceutical assistance in local public health services in Santa Catarina (Brazil): characteristics of its organization. *Braz J Pharm Sci.* 2011;47(1):75-80. <https://doi.org/10.1590/S1984-82502011000100009>
19. Wermelinger M, Machado MH, Tavares MFL, Oliveira ES, Moysés NMN. A Força de trabalho do setor de saúde no Brasil: focalizando a feminização. *Divulg Saude Debate.* 2010 [citado 26 jan 2017];(45):55-71. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/observarh/arquivos/A%20Forca%20de%20Trabalho%20do%20Setor%20de%20Saude%20no%20Brasil%20.pdf>

Financiamento: Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos e Departamento de Ciência e Tecnologia da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde (SCTIE/MS – Processo 25000.111834/2, Descentralização de Recursos do FNS).

Contribuição dos Autores: MNC e SNL analisaram os dados e redigiram o texto. SNL, KSC, JA, AAG Jr., FAA, EAC, IAG, OMS, MGOK desenvolveram o projeto de pesquisa, coordenaram a coleta de dados, revisaram e aprovaram o texto. Todos os autores declaram ser responsáveis por todos os aspectos do trabalho, garantindo sua precisão e integridade.

Conflito de Interesses: KSC declara conflito de interesses por ser ex-dirigente no Ministério da Saúde, órgão financiador da pesquisa. Os demais autores declaram não haver conflito de interesses.