

Marcelo Campese

**DESAFIOS PARA OS SERVIÇOS FARMACÊUTICOS NA PERSPECTIVA
DAS NECESSIDADES E CUIDADOS EM SAÚDE**

Documento submetido ao Programa de Pós-graduação em Farmácia – Área de Concentração Fármaco-Medicamento – da Universidade Federal de Santa Catarina para obtenção do título de Doutor em Farmácia.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Mareni Rocha Farias

Florianópolis

2017

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

CAMPESE, MARCELO
DESAFIOS PARA OS SERVIÇOS FARMACÊUTICOS NA
PERSPECTIVA DAS NECESSIDADES E CUIDADOS EM SAÚDE /
MARCELO CAMPESE ; orientadora, MARENI FARIAS, 2017.
230 p.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de
Pós-Graduação em Farmácia, Florianópolis, 2017.

Inclui referências.

1. Farmácia. 2. ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA. 3.
SERVIÇOS FARMACÊUTICOS. 4. FARMÁCIA. 5. SERVIÇOS.
I. FARIAS, MARENI . II. Universidade Federal de
Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em
Farmácia. III. Título.

Marcelo Campese

Esta tese foi julgada adequada para obtenção do Título de “Doutor”, e aprovada pelo Programa de Pós-Graduação em Farmácia, da Universidade Federal de Santa Catarina.

Florianópolis, 25 de setembro de 2017.

Prof.^a Dr.^a Mareni Rocha Farias,
Orientadora
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof.^a Dr.^a Tânia Beatriz C. Pasa
Coordenadora do Curso

Banca Examinadora:

Prof. Dra., Maique Weber Biavatti
Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC

Prof.^a Dra., Miriam Falkenberg
Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC

Prof.^a Dra., Silvia Storpirtis
Universidade de São Paulo – USP/SP

AGRADECIMENTOS

À prof.^a Dr.^a Mareni Rocha Farias pela disponibilidade em orientar este trabalho e pela oportunidade de uma convivência enriquecedora nesses últimos nove anos.

Aos professores Maique, Mirian, Sílvia, Bianca e Noemia, pelo aceite na avaliação final desse trabalho e disponibilidade em discutir os serviços farmacêuticos.

A Paloma e Laura, meus amores.

A todos do grupo de pesquisa “Políticas e Serviços Farmacêuticos” da UFSC, obrigado pelos debates sinceros, em especial ao Luciano que veio com esse papo de serviços.

À eterna equipe do STP e todos que passaram pela sala do Curso de Gestão, além da amizade, também meus braços na ilha.

À Mônica, fundamental no agrupamento das informações do Plano Operativo.

À Melissa que trouxe a reflexão sobre a implementação sobre a fitoterapia no SUS.

Aos professores Sotero e Noêmia, esclarecedores na análise da PNAUM.

À Andréia, Anamaria e Rogério ninjas do banco de dados da PNAUM.

Aos professores Maique, Charles e Keli, com suas críticas e apontamentos na qualificação.

À Eloiza, pela ágil correção do texto.

A todos do Nasf, equipes ESF e Assistência Farmacêutica de Pinhais, do projeto QualiSUS-Rede, do GAF-EAD, do Hospital do Idoso, pelo aprendizado coletivo desde 2013.

Aos familiares e amigos, estejam certos que a vida não se vive só, porque juntos é muito melhor.

Do jeito que você me falar pra fazer, eu
faço!

(Filho de uma idosa usuária de
rivastigmina, em 2007, no dia que entendi
o que era ser farmacêutico)

CAMPESE, Marcelo. Desafios para os serviços farmacêuticos na perspectiva das necessidades e cuidados em saúde. 2017. Tese (Programa de Pós-Graduação em Farmácia) – Universidade Federal de Santa Catarina.

RESUMO

O farmacêutico, sendo um profissional de saúde, deve intervir no processo saúde/doença, desenvolvendo seu trabalho na produção de cuidado às pessoas. Sua ação deve ser pautada pelas necessidades em saúde relacionadas ao usuário, ao profissional e ao sistema de saúde. O ato que concretiza esse processo acontece por meio da oferta de serviços farmacêuticos. A tese objetiva analisar os serviços farmacêuticos, sob a perspectiva das necessidades em saúde, no sentido de orientar as práticas do profissional farmacêutico para o cuidado no âmbito da Assistência Farmacêutica. Adotou-se a hermenêutica e a triangulação de métodos como metodologias gerais no desenvolvimento de todo o texto. Elementos necessários à caracterização dos serviços farmacêuticos foram obtidos a partir de três estudos: (i) análise dos problemas prioritários relacionados à Assistência Farmacêutica no SUS elencados por atores sociais que atuam nessa área (banco de dados do Curso de Gestão da Assistência Farmacêutica - GAF); (ii) estudo de caso sobre os serviços de seleção e aquisição de fitoterápicos para o Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF) do SUS caracterizando-os como serviços farmacêuticos e; (iii) análise do comportamento de indivíduos com 20 anos ou mais frente ao tratamento farmacológico para doenças crônicas no Brasil (banco de dados da Pesquisa Nacional sobre Acesso e Uso de Medicamentos - PNAUM). O primeiro capítulo de resultados apresenta a análise de conteúdo de 2.421 problemas prioritários relacionadas à Assistência Farmacêutica no SUS originários dos Planos Operativos dos estudantes que realizaram o GAF. Os resultados foram descritos em 15 categorias e agrupados em 4 domínios: administrativo gerencial (28,1%), provimento de

medicamentos (29,3%), articulação matricial (26,8%) e atenção à saúde (25,6%). Cada domínio compreende um conjunto de serviços farmacêuticos com os mesmos beneficiários diretos e devem orientar a prática farmacêutica. No estudo de caso foi analisado um consórcio intermunicipal de saúde formado por 391 municípios. Fazem parte do elenco do consórcio os fitoterápicos *Mikania glomerata* Sprengl, *Maytenus ilicifolia* Mart. e *Glycine max*. Foram analisadas 5 atividades relacionadas a seleção e aquisição de medicamentos com potencial para o desenvolvimento dos serviços farmacêuticos: participação na definição do elenco, acesso a informação, elaboração de parecer referente à solicitação de incorporação, análise farmacoeconômica e especificação e análise técnica no processo licitatório. No estudo da PNAUM foram analisados os dados de 12.723 indivíduos acima de 20 anos que referiram diagnóstico para no mínimo uma doença crônica não transmissível e indicação médica para uso de medicamento. Foi avaliado o comportamento em relação ao tratamento farmacológico, classificado em: *compliance* (tratamento completo – 75,2%) e *noncompliance* (tratamento incompleto - 17,1% e não tratamento - 7,7%). Os dados foram analisados em relação a variáveis demográficas, comorbidades, situação de saúde, serviço de saúde, alteração no tratamento farmacológico e dificuldade no uso de medicamentos. A síntese integradora refletiu o papel do farmacêutico frente ao *pharmakon*. Foi abordada a *compliance*, *adherence* e *concordance* enquanto processos complexos relacionados às necessidades em saúde. Ao compreender as diferentes necessidades em saúde, é possível ofertar serviços farmacêuticos que construídos em processos de *concordance* gere cuidado ao outro, intervindo positivamente no processo saúde/doença das pessoas.

Palavras-chave: Assistência Farmacêutica. Serviços Farmacêuticos. Atenção Farmacêutica. Serviços de Saúde. Farmacêutico. Determinação de Necessidades de Cuidados de Saúde. Necessidades e Demandas de Serviços de Saúde.

Campese, Marcelo. Challenges for pharmaceutical services from the perspective of needs and health care. 2017. Thesis (Programa de Pós-Graduação em Farmácia) – Universidade Federal de Santa Catarina.

ABSTRACT

The pharmacist, being a health professional, regardless of his area of action, must intervene in the health / disease process, developing his work in the production of care for people. Its action must be guided by the health needs related to the patient, the professional and the health system. The act that materializes this process happens through the provision of pharmaceutical services. The thesis aims to analyze the pharmaceutical services from the perspective of health needs in order to guide the practices of the pharmaceutical professional for care in the scope of Pharmaceutical Assistance. Hermeneutics and triangulation of methods were adopted as general methodologies in the development of the whole text. Elements necessary for the characterization of pharmaceutical services were obtained from three studies: (i) analysis of the priority problems related to Pharmaceutical Assistance in the SUS, listed by social actors working in this area (database of Curso de Gestão da Assistência Farmacêutica - GAF); (ii) a case study on the selection and acquisition of phytotherapies for the Basic Component of Pharmaceutical Assistance (CBAF) of SUS, characterizing them as pharmaceutical services; (iii) analysis of the behavior of individuals aged 20 years or older in relation to the pharmacological treatment for chronic diseases in Brazil (database of Pesquisa Nacional sobre Acesso e Uso Racional de Medicamentos - PNAUM). The first chapter of the results presents the content analysis of 2,421 priority issues related to Pharmaceutical Assistance in SUS originating in the Operative Plans of the students who performed the GAF. The results were described in 15 categories and grouped into four domains: administrative management (28.1%), medicines provision (29.3%), matrix articulation (26.8%) and health care 25.6%. Each domains

comprises a set of pharmaceutical services with the same direct beneficiaries and should guide the pharmaceutical practice. In the case study, an intermunicipal health consortium of 391 municipalities was analyzed. Phytotherapics included in the consortium list are Mikania glomerata Sprengl, Maytenus ilicifolia Mart. And Glycine max. Five activities related to the selection and acquisition of medicines with potential for the development of pharmaceutical services were analyzed: participation in the definition of the candidate phytotherapeutic; access to information; preparation of technical advice on the incorporation request; pharmacoeconomic analysis; and technical specification in the bidding process. In the PNAUM study, data were analyzed of 12,723 individuals over 20 years old who reported diagnosis for at least one chronic non-communicable disease and medical indication for use of medication. The study was evaluated in relation to pharmacological treatment, classified as: compliance (complete treatment - 75.2%) and noncompliance (incomplete treatment - 17.1% and non - treatment - 7.7%). Data were analyzed in relation to demographic variables, comorbidities, health situation, health service, alteration in pharmacological treatment and difficulty in the use of medications. The integrative synthesis reflected the role of the pharmacist in the pharmakon. Compliance, adherence and concordance were addressed as complex processes related to health needs. By understanding the different health needs, it is possible to offer pharmaceutical services that are built on processes of concordance to care for the other, intervening positively in the health / illness process of the people.

Keywords: Pharmaceutical Services. Pharmaceutical Care. Health Services. Pharmacist. Needs Assessment. Health Services Needs and Demand.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Conjunto de temas estruturantes relacionados aos Serviços Farmacêuticos em Assistência Farmacêutica	46
Figura 2 – Caracterização sociodemográfica dos farmacêuticos.	54
Figura 3 – Eixos relacionados à ambiência a partir do conceito apresentado na cartilha de ambiência da Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde (BRASIL, 2010a)	63
Figura 4 – Modelo lógico-conceitual dos serviços farmacêuticos apresentados pelo Conselho Federal de Farmácia no documento Serviços farmacêuticos diretamente destinados ao paciente, à família e à comunidade: contextualização e arcabouço conceitual (CFF, 2016)	106
Figura 5 – Sugestão de informações mínimas para um catálogo de fontes de informação	153
Figura 6 – Fluxo de classificação da <i>compliance</i> do tratamento farmacológico	163

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 –Tecnologias duras e tecnologias leves segundo Merhy e Franco (MERHY, FRANCO, 2009, 281-282p)	65
Quadro 2 – Taxonomia das necessidades de saúde	92
Quadro 3 – Conceitos de Serviços Farmacêuticos	103
Quadro 4 – Parâmetros para priorização de problemas do PO segundo Barreto et. al 2016	121
Quadro 5 - Quadro 5 – Classificação do comportamento dos indivíduos em relação ao tratamento medicamentoso	164
Quadro 6 – Domínios e variáveis analisados frente a <i>compliance</i> do tratamento farmacológico	164

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Categorias de problemas priorizados relacionados à Assistência Farmacêutica a partir dos Planos Operativos dos Cursos de Gestão da Assistência Farmacêutica – EAD	125
Tabela 2 – Especificações quanto aos fitoterápicos adquiridos pelo Consórcio Paraná Saúde	151
Tabela 3 – Comportamento frente ao tratamento farmacológico em indivíduos com 20 anos ou mais que autorreferiram diagnóstico de doença crônica não transmissível e possuem indicação médica de uso de medicamento no Brasil. PNAUM, Brasil, 2014.	167
Tabela 4 – Comportamento frente ao tratamento farmacológico em indivíduos com 20 anos ou mais que autorreferiram diagnóstico de doença crônica não transmissível e possuem indicação médica de uso de medicamento no Brasil segundo características demográficas. PNAUM, Brasil, 2014.	169
Tabela 5 –Comportamento frente ao tratamento farmacológico em indivíduos com 20 anos ou mais que autorreferiram diagnóstico de doença crônica não transmissível e possuem indicação médica de uso de medicamento no Brasil segundo as múltiplas comorbidades. PNAUM, Brasil, 2014.....	172
Tabela 6 –Comportamento frente ao tratamento farmacológico em indivíduos com 20 anos ou mais que autorreferiram diagnóstico de doença crônica não transmissível e possuem indicação médica de uso de medicamento no Brasil segundo a situação de saúde PNAUM, Brasil, 2014.....	176

Tabela 7 –Comportamento frente ao tratamento farmacológico em indivíduos com 20 anos ou mais que autorreferiram diagnóstico de doença crônica não transmissível e possuem indicação médica de uso de medicamento no Brasil segundo a obtenção de algum medicamento no SUS. PNAUM, Brasil, 2014... 178

Tabela 8 –Comportamento frente ao tratamento farmacológico em indivíduos com 20 anos ou mais que autorreferiram diagnóstico de doença crônica não transmissível e possuem indicação médica de uso de medicamento no Brasil segundo a alteração no tratamento farmacológico. PNAUM, Brasil, 2014..... 180

Tabela 9 –Comportamento frente ao tratamento farmacológico em indivíduos com 20 anos ou mais que autorreferiram diagnóstico de doença crônica não transmissível e possuem indicação médica de uso de medicamento no Brasil segundo domínios e variáveis fora do nível de significância estabelecido. PNAUM, Brasil, 2014..... 185

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 Distribuição dos problemas priorizados relacionados à Assistência Farmacêutica a partir dos Planos Operativos dos Cursos de Gestão da Assistência Farmacêutica – EAD por domínio	126
---	-----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Alanac	Associação dos Laboratórios Farmacêuticos Nacionais
Anvisa	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS	Atenção Primária à Saúde
AVD	Atividade de vida diária
AVEA	Ambiente Virtual de Ensino e Aprendizagem
BMQ	<i>Brief Medication Questionnaire</i>
CFF	Conselho Federal de Farmácia
CFT	Comissão de Farmácia e Terapêutica
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
DCNT	Doenças crônicas não transmissíveis
ESF	Estratégia de Saúde da Família
Fenafar	Federação Nacional dos Farmacêuticos
GAF	Curso de Gestão da Assistência Farmacêutica da Universidade Federal de Santa Catarina – EAD
GIAF-UGR	Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica, Universidad de Granada
Nasf	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NHNA	<i>Nottingham Health Needs Assessment</i>
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PES	Planejamento Estratégico Situacional
PNAUM	Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos no Brasil
PNPMF	Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos
PNPIC	Política Nacional de Práticas Integrativas e

Complementares

PO-GAF	Plano Operativo do Curso de Gestão da Assistência Farmacêutica – EAD
PO	Plano Operativo
Qualifar-SUS	Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica
QualiSUS-Rede	Projeto de Formação e Melhoria da Qualidade de Rede de Atenção à Saúde
RAS	Redes de Atenção à Saúde
Rename	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
URM	Uso Racional de Medicamentos
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO.....	25
2 INTRODUÇÃO.....	29
3 OBJETIVOS.....	35
3.1 OBJETIVO GERAL.....	35
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	35
4 REFERENCIAL METODOLÓGICO	37
4.1 HERMENÊUTICA	38
4.2 TRIANGULAÇÃO DE MÉTODOS	41
5 REFERENCIAL TEÓRICO	45
5.1 CONCEPÇÕES E CONCEITOS DE SAÚDE	47
5.2 DESENVOLVIMENTO DA PROFISSÃO FARMACÊUTICA NO BRASIL.....	53
5.2.1 A profissão farmacêutica	53
5.2.2 Fatores associados ao processo de trabalho farmacêutico	58
5.2.3 O objeto de trabalho do farmacêutico	63
5.3 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA: A PRODUÇÃO, O ACESSO E O USO DE MEDICAMENTOS	67
5.3.1 Interpretações e usos do termo Assistência Farmacêutica.....	67
5.3.2 Eixos da Assistência Farmacêutica	70
5.3.2.1 O produto medicamento	71
5.3.2.2 Acesso a medicamentos	72
5.3.2.3 Uso Racional de Medicamentos	76
5.4 CUIDADO EM SAÚDE COMO IMAGEM-OBJETIVO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE	81
5.5 TAXONOMIAS DAS NECESSIDADES EM SAÚDE	91
5.5.1 Necessidades sociais de Bradshaw	93
5.5.2 Necessidade de saúde como conceito estruturante de Cecílio	94
5.5.3 A Redefinição de Necessidades de Asadi-Lari, Packham e Gray	97

5.5.4 As Necessidades Percebida e Avaliada de Andersen e Davidson	99
5.6 CATEGORIA ANALÍTICA DE SERVIÇOS FARMACÊUTICOS	101
6 RESULTADOS	115
6.1 OPORTUNIDADES PARA OS SERVIÇOS FARMACÊUTICOS A PARTIR DE PROBLEMAS PRIORITÁRIOS DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)	115
6.2 SERVIÇOS FARMACÊUTICOS NA SELEÇÃO E AQUISIÇÃO FITOTERÁPICOS PARA O COMPONENTE BÁSICO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO SUS: DESAFIOS E REFLEXÕES..	145
6.3 COMPLIANCE E NONCOMPLIANCE DO TRATAMENTO FARMACOLÓGICO PARA DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS NO BRASIL	159
7 SINTESE INTEGRADORA SOBRE SERVIÇOS FARMACÊUTICOS EM ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	191
8 CONCLUSÕES	197
REFERÊNCIAS.....	201

1 APRESENTAÇÃO

O que é um serviço farmacêutico? A partir dessa indagação inicial foi desenvolvida essa tese. Para entender um serviço farmacêutico, antes foi necessário refletir sobre o serviço e o farmacêutico. O que faz desse profissional de saúde singular, como ele se localiza no processo saúde/doença e o que deve direcionar suas práticas profissionais. De maneira a investigar essas relações, no amplo campo de sua atuação, focou-se na área da Assistência Farmacêutica. Assim, os Serviços Farmacêuticos em Assistência Farmacêutica constituem-se como objeto de estudo dessa tese, buscou-se compreendê-los teoricamente e localizá-los no processo saúde/doença.

O texto está estruturado a partir da introdução, objetivos, referencial metodológico, referencial teórico, resultados e considerações finais.

O referencial metodológico fundamenta-se na hermenêutica, utilizada no desenvolvimento do arcabouço teórico e na análise e interpretação dos resultados. Abordou-se a triangulação de métodos de forma a contemplar as metodologias independentes utilizadas nos levantamentos que constituem os resultados, dando luz para a síntese integradora da tese.

O referencial teórico apresenta um conjunto de temas identificados como fundamentais ao desenvolvimento do objeto de estudo da tese. A teoria matemática dos conjuntos foi utilizada para simbolizar as relações entre os temas desenvolvidos, estando o tema Serviços Farmacêuticos em Assistência Farmacêutica contido em todos os conjuntos apresentados.

A construção do referencial teórico fundamenta-se na identificação, sistematização e teorização dos seguintes elementos estruturantes ao desenvolvimento dos Serviços Farmacêuticos em Assistência Farmacêutica:

- Concepções e conceitos de saúde considerando a perspectiva histórica;

- Desenvolvimento da profissão farmacêutica no Brasil, definindo as pessoas com necessidades em saúde como objeto de trabalho do farmacêutico;

- A Assistência Farmacêutica como um conjunto de políticas e práticas relacionadas à produção, acesso e uso de medicamentos;

- Cuidado em saúde, construído a partir de tecnologias leves e relacionais e entendido como imagem-objeto em todos os serviços de saúde;

- Necessidades em saúde, identificando suas diferentes taxonomias e sua relação com o sistema de saúde, profissionais e usuários;

- Serviços Farmacêuticos a partir das ciências de serviços e abordagens dos serviços farmacêuticos utilizados no Brasil.

Os resultados buscaram expressar, por meio de base de dados nacionais e independentes, onde os serviços farmacêuticos se desenvolvem, como podem ser realizados e se atende às necessidades dos usuários. Os resultados estão apresentados em quatro capítulos.

O primeiro trata da análise de conteúdo dos problemas prioritários para a gestão da Assistência Farmacêutica identificados nos Planos Operativos do Curso de Gestão da Assistência Farmacêutica – EAD (PO-GAF). Foram analisados 2.473 problemas priorizados pelo conjunto de atores sociais envolvidos com a Assistência Farmacêutica em todos os estados brasileiros nas três esferas de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). Foram desenvolvidas 15 categorias em 4 domínios que buscaram representar o cenário para o desenvolvimento dos serviços farmacêuticos.

O segundo trata de um estudo de caso que representou a complexidade e a abrangência do tema ‘Serviços Farmacêuticos’,

detalhando o desenvolvimento dos serviços farmacêuticos nos processos de seleção e aquisição de medicamentos fitoterápicos para a Assistência Farmacêutica básica no SUS, a partir de um consórcio intermunicipal de saúde que adquire medicamentos para mais de 380 municípios. Mesmo nesse contexto, o tema permitiu extrapolar a análise para além da execução de procedimentos, possibilitando o desenvolvimento da categoria de serviços farmacêuticos.

O terceiro capítulo analisa *compliance*¹ relacionada ao tratamento farmacológico em indivíduos com doença crônica não transmissível (DCNT) com 20 anos ou mais no Brasil. As análises foram realizadas a partir dos resultados do inquérito domiciliar da Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos no Brasil (PNAUM). Foram selecionados e analisados 12.723 indivíduos com DCNT e que referiram ter indicação médica para o uso de medicamento no tratamento da sua condição crônica. Essas pessoas foram classificadas com relação a *compliance* do seu tratamento, sendo: tratamento completo, incompleto ou não trata. A partir dessa classificação, foram analisadas variáveis sociodemográficas, de cuidado e de comportamento e suas variações, de acordo com a classificação de *compliance* de cada indivíduo.

O quarto é a síntese integradora da tese. Foi construída a partir das análises e reflexões geradas nos capítulos anteriores. Retoma o referencial teórico, trazendo como os serviços farmacêuticos podem atender às diferentes necessidades em saúde, estabelecendo uma relação de *concordance* para o uso de medicamentos e dessa forma produzir cuidado.

¹ Optou-se pela manutenção dos termos em inglês para *compliance*, *adherence* e *concordance* em função dos conceitos a eles vinculados, que serão discutidos no decorrer do texto.

Nas considerações finais foram levantados apontamentos instigados no decorrer do desenvolvimento da tese, bem como suas limitações e perspectivas para os serviços farmacêuticos.

Entre os produtos originados com o desenvolvimento dessa tese estão:

- CAMPESE, MARCELO. et. al. O dever da profissão farmacêutica e a clínica farmacêutica. In: SOARES, LUCIANO. et. al (orgs.). **Atuação clínica do farmacêutico**. Florianópolis: Editora UFSC, 2016. p. 21-43 (Assistência Farmacêutica no Brasil: Política, Gestão e Clínica, v. 5);

- BARRETO, JOSLENE LACERDA; CAMPESE, MARCELO; SANTOS, SANDRA MARIA CHAVES DOS; GUIMARÃES, MARIA DO CARMO LESSA. Operacionalização de um processo de planejamento. In: LEITE, S. N.. et. al (orgs.). **Gestão da Assistência Farmacêutica**. Florianópolis: Editora UFSC, 2016. p. 113-58 (Assistência Farmacêutica no Brasil: Política, Gestão e Clínica, v. 2);

- CAMPESE, MARCELO; CARVALHO, MELISSA MELLO DE; FARIAS, MARENI ROCHA. Serviços farmacêuticos na seleção e aquisição fitoterápicos para o Componente Básico da Assistência Farmacêutica no SUS: desafios e reflexões. **Revista Brasileira de Plantas Mediciniais**. [Aprovado para publicação em Agosto de 2017].

- CAMPESE, MARCELO; SOARES, LUCIANO; FARIAS, MARENI ROCHA. A clínica fundamentada na necessidade de saúde. In. 22º CONFERÊNCIA MUNDIAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE: PROMOVENDO SAÚDE E EQUIDADE. **Anais**. São Paulo: USP, 2016. p. 1030.

2 INTRODUÇÃO

A fala em 2016 de um político, estando ministro da saúde reverberou uma onda de insatisfação e protestos das entidades e profissionais farmacêuticos (FENAFAR, 2016):

“Enquanto tivermos locais em que os médicos brasileiros não queiram ir, teremos lá um médico cubano. É melhor um médico cubano do que um farmacêutico ou a benzedeira para atender a população” (Ricardo Barros – Ministro da Saúde junho de 2016).

Por outro lado, uma fala forte como esta, nos leva à reflexão sobre qual a contribuição do farmacêutico para o atendimento às necessidades de saúde da população.

Considerando as Resoluções do Conselho Federal de Farmácia (CFF) para definir a competência dos profissionais de farmácia em seu âmbito, são identificados 72 conjuntos de atividades nas mais diversificadas áreas de atuação (CFF, 2016). O farmacêutico constantemente enfrenta dilemas profissionais e existenciais em função desta diversidade. Existem atividades onde há maior afinidade com seu núcleo de conhecimento, enquanto outras são compartilhadas com diferentes categorias profissionais e outras legitimamente multiprofissionais e interdisciplinares.

Existem estabelecimentos tipicamente farmacêuticos, como farmácias e centrais de abastecimento farmacêutico, onde, muitas vezes esse profissional não está presente, ou está em quantidade insuficiente ou não é decisivo. Por outro lado, existem outros espaços, nos serviços de saúde onde o farmacêutico se inseriu, como os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf) e ambulatórios especializados onde participa de avaliações globais e contribui no desenvolvimento de planos terapêuticos multiprofissionais. Estas fronteiras dos núcleos de conhecimento disputadas pela

integralidade do cuidado, pelo corporativismo e pela precarização do trabalho expõe o farmacêutico a dilemas profissionais sobre o caminho a seguir e quais serviços ofertar.

Então, o que define um farmacêutico? Seria o trabalho que esse desenvolve, produzindo produtos e serviços para a saúde? Segundo Pires (2009), é por meio do valor social do trabalho realizado que se reconhece algo ou alguém e assim se constrói uma profissão.

Para que um serviço seja desenvolvido, deve haver trabalho empreendido. O objeto desse trabalho é onde se pretende produzir transformações por meio de processos estruturados e com resultados definidos (PEDUZZI, ANSELMINI 2002). Logo, o serviço farmacêutico se constitui de processos de trabalho fundamentados em produtos, técnicas e instrumentos que constituem a prática profissional.

E o que deve direcionar as práticas profissionais? As necessidades de quem se pretende atingir com o trabalho realizado nos serviços oferecidos. A oferta de um serviço para atender a uma necessidade não é isenta de dilemas, expectativas e conflitos que a realidade impõe. Tanto na perspectiva de quem oferta, recebe ou gerencia, existem fatores que operam na modelagem de um serviço. E quanto maior a sintonia entre quem produz e quem recebe o trabalho desenvolvido, ou seja, o receptor desse trabalho, maior será o sentido do serviço executado. Esse processo é singular, efêmero, em ato, construído naquele momento no qual se encontram o profissional e o usuário do serviço.

O sentido de algo remete a sua origem e ao conjunto maior ao qual pertence. A saúde, seja sob a égide do Estado, da religião ou fora delas, busca pela preservação da vida humana. Nos primórdios da história da saúde estes setores produziram conhecimentos diversos e indissociáveis que remetiam aos detentores destes saberes a capacidade de cuidar de outras pessoas (LUZ, 2016). Estes conhecimentos foram se ampliando e tomando diferentes caminhos, que originaram as profissões da área da saúde como se

conhece atualmente. Sem diferença aos outros profissionais da saúde, o farmacêutico também compõe a equipe de profissionais responsáveis por cuidar da saúde do indivíduo e da coletividade, concentrando seus conhecimentos nas ciências farmacêuticas. Desta forma, vislumbra-se atender as necessidades e saúde das pessoas.

A profissão farmacêutica, com sua história milenar, remete a práticas essencialmente multidisciplinares associando a botânica, a química, a biologia, a física e a filosofia entre outras na formulação, preparo e dispensação do *phármakon* (DIAS, 2004, BENDER; THOM, 1965). Com o passar do tempo, especialmente no último século, outros saberes tornaram-se afluentes à profissão, alguns com particularidades regionais. No Brasil, as análises clínicas e toxicológicas e a garantia da qualidade em diferentes áreas de produtos e serviços passaram a compor o rol de possibilidades de atividades farmacêuticas. Além disso, áreas como a fitoterapia, marginalizada a partir do desenvolvimento dos medicamentos sintéticos priorizados pela indústria farmacêutica de grande escala, tiveram uma retomada em seu interesse tanto na pesquisa quanto no desenvolvimento de novos fármacos. A partir da inclusão da fitoterapia como parte da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS de 2006 (BRASIL, 2009c), o farmacêutico reapareceu como um dos protagonistas nesta área. Estes afluentes também constituem serviços farmacêuticos, organizados em processos de trabalho que impactam no processo saúde/doença das pessoas.

Assim, ao desenvolver a categoria analítica de serviços farmacêuticos, essa deve representar toda a abrangência e profundidade do conjunto de práticas farmacêuticas que dão um novo valor ao processo de cuidado, mesmo que indireto ou preventivo. Embora complexo, polissêmico e melindroso, é fundamental analisar e refletir criticamente sobre os serviços farmacêuticos, como componente essencial à identidade farmacêutica. Visando uma maior clareza e foco na discussão, delimitou-se o espectro dos serviços farmacêuticos a serem

analisados. Esse texto localizou-se no âmbito da Assistência Farmacêutica voltada ao acesso e uso de medicamentos, principalmente, quando relacionadas com os serviços públicos de saúde no Brasil.

No Brasil, a Assistência Farmacêutica faz parte do campo de atuação do SUS, como parte da assistência terapêutica integral (BRASIL, 1990). O SUS regula, financia e executa os serviços de saúde. Atua em todos os níveis da atenção à saúde de forma direta ou indireta, tecendo uma rede para o cuidado a fim de garantir o acesso universal, integral e equânime a quem estiver em território nacional. Pela sua abrangência e pluralidade consideramos um excelente campo para analisar os serviços farmacêuticos e sua relação com o cuidado em saúde.

Nos últimos anos, alguns projetos nacionais promovidos pelo Ministério da Saúde, como o Curso de Gestão da Assistência Farmacêutica (GAF), a Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos no Brasil (PNAUM), o Projeto de Formação e Melhoria da Qualidade de Rede de Atenção à Saúde (QualiSUS-Rede), possibilitaram, pela primeira vez, a obtenção de dados relacionados à Assistência Farmacêutica no país. Na presente tese buscou-se analisar, por triangulação, informações dos bancos de dados dos dois primeiros projetos.

No banco de dados do Curso de Gestão da Assistência Farmacêutica – EAD (GAF) constam informações sobre problemas prioritários da Assistência Farmacêutica, identificados pelos atores sociais que a compõe. Para esta tese, buscou-se analisar os serviços farmacêuticos no SUS, a partir da categorização destes problemas. No sentido de aprofundar a discussão em uma situação particular foi desenvolvido um estudo de caso envolvendo a implementação da fitoterapia no SUS, uma área tradicionalmente interdisciplinar e que representou a complexidade desses serviços.

Por outro lado, os usuários do sistema com suas necessidades nem sempre lançam mão em sua plenitude dos produtos e serviços farmacêuticos e isso deve ser observado. Nesse sentido, um banco

de dados capaz de apresentar indicativos relacionados à *compliance* do tratamento farmacológico foi buscado. A Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos no Brasil (PNAUM), por meio de seu inquérito domiciliar, trouxe elementos importantes a essa análise. Investigou-se nesta tese as características das pessoas maiores de 20 anos com alguma DCNT. Esses indivíduos foram agrupados de acordo com a completude de seu tratamento, classificando-os em tratamento completo, tratamento incompleto e não trata do tratamento farmacológico.

Compôs-se um conjunto de informações bibliográficas e empíricas capazes de instigar a análise e reflexão das práticas farmacêuticas que podem produzir serviços. Reconhecendo nelas sua capacidade de atender as necessidades de saúde, modificar o processo saúde/doença das pessoas, gerar impactos positivos ou negativos a depender de como serão executados. Dessa forma pretende-se contribuir e corroborar para o reconhecimento do farmacêutico como um dos profissionais da saúde e co-produtor de cuidado.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar os serviços farmacêuticos sob a perspectiva das necessidades em saúde, com vista a orientar as práticas do profissional farmacêutico para o cuidado no âmbito da Assistência Farmacêutica.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Refletir sobre os diferentes conjuntos de saberes que compõem as práticas e políticas farmacêuticas a fim de compor elementos necessários à caracterização dos serviços farmacêuticos.

- Identificar os potenciais serviços farmacêuticos a partir dos problemas prioritários relacionadas à Assistência Farmacêutica no SUS elencados pelos atores sociais dessa área, construindo a identidade da prática farmacêutica a partir da realidade do sistema público de saúde brasileiro.

- Analisar as diferentes atividades e procedimentos farmacêuticos determinantes na criação de valor para os serviços de seleção e aquisição de fitoterápicos para o Componente Básico da Assistência Farmacêutica do SUS caracterizando-os como serviços farmacêuticos.

- Avaliar o comportamento frente ao tratamento farmacológico em indivíduos com 20 anos ou mais, com diagnóstico de doenças crônicas na população no Brasil, a fim de identificar necessidades dos usuários relacionadas ao uso dos medicamentos, importantes ao desenvolvimento dos serviços farmacêuticos.

4 REFERENCIAL METODOLÓGICO

O referencial metodológico desta tese se constituiu de duas formas distintas. Uma transversal, que percorre todo o texto e realização da pesquisa, utilizando-se dos fundamentos da hermenêutica e da triangulação de métodos. A outra, específica para cada análise dos resultados, descrita em seus respectivos capítulos.

A tese se iniciou com a definição do objeto de estudo, sendo: Serviços Farmacêuticos em Assistência Farmacêutica. Assim pode-se construir o referencial teórico. Após a teorização buscou-se atender as seguintes questões:

- Onde o farmacêutico executa os serviços farmacêuticos? Utilizou-se o problema prioritário para a Gestão da Assistência Farmacêutica de cada local de atuação dos farmacêuticos que realizaram o GAF.

- Como o serviço farmacêutico pode ser realizado? Foi definido realizar um estudo de caso sobre a seleção e aquisição de fitoterápicos para o SUS, a partir da realidade de um consórcio intermunicipal que adquiria em 2014 medicamentos do componente básico da Assistência Farmacêutica para 391 municípios.

- Os serviços farmacêuticos atendem a necessidade de quem usa o medicamento? Realizou-se uma análise das características sócio-demográficas e do comportamento das pessoas acima de 20 anos que referiram ter indicação médica para o uso de medicamentos para DCNT a partir dos dados do inquérito domiciliar realizado na PNAUM.

4.1 HERMENÊUTICA

A hermenêutica trata da compreensão e interpretação, fundamentada, segundo Minayo, na *experiência cultural, traz os resultados dos consensos, que se convertem em estruturas, vivências, significados compartilhados e símbolos e apoia-se na análise de contexto e na práxis* (MINAYO, 2014, p.166-7).

Gadamer, um dos principais expoentes da hermenêutica, discorre sobre sua origem relacionada à compreensão de textos teológicos e jurídicos.

Sempre houve também, desde os tempos mais antigos, uma hermenêutica teológica e outra jurídica, cujo caráter não era tão acentuadamente científico e teórico, mas, muito mais, assinalado pelo comportamento prático correspondente e a serviço do juiz ou do clérigo instruído. (GADAMER, 1999, p. 31)

Para alcançar a compreensão de uma obra ou autor, bem como a compreensão de práticas e culturas é fundamental considerar a historicidade. Porém essa abordagem requer uma crítica e não significa uma mera reprodução. Nesse sentido, Gadamer apoia-se em Hegel que *expressa assim uma verdade categórica, dizendo que a essência do espírito histórico não consiste na restituição do passado, mas na mediação de pensamento com a vida atual* (GADAMER, 1999, p.269).

Outra contribuição importante da hermenêutica aborda as expectativas, preconceitos e projeções que são realizadas ao interpretar um texto, uma informação ou uma obra. É fundamental estar ciente destas questões no sentido de relevar o cenário, inclusive considerando o idioma e a linguagem original, no qual foi produzido o material e as expectativas prévias de quem vai

interpretar. Essas prerrogativas não devem determinar a compreensão final, elas carecem de revisões e possibilitam a abertura ao contraponto.

Por isso, uma consciência formada hermeneuticamente tem que se mostrar receptiva, desde o princípio, para a alteridade do texto. Mas essa receptividade não pressupõe nem "neutralidade" com relação à coisa nem tampouco auto-anulamento, mas inclui a apropriação das próprias opiniões prévias e preconceitos, apropriação que se destaca destes (GADAMER, 1999, p.405).

Ao considerar a historicidade e os preconceitos na realização de uma análise, deve-se observar a relação dialética existente. Essa relação inclui o entendimento sobre a essência do conteúdo abordado de forma independente, mas também suas possibilidades de transformações.

A experiência hermenêutica tem a ver com a tradição. E esta que deve chegar à experiência. Todavia, a tradição não é simplesmente um acontecer que se pode conhecer e dominar pela experiência, mas é linguagem, isto é, fala por si mesma, como faz um tu. O tu não é objeto, mas se comporta em relação ao objeto (GADAMER, 1999, p. 528).

A experiência, necessária à ciência, compreende a relação com o outro. Também a abertura à ressignificação, que considera a historicidade de outras experiências, mas também está disposta a novos experimentos. O processo envolvido nessa relação é essencial na compreensão dos serviços farmacêuticos em assistência farmacêutica, bem como no entendimento do processo saúde/doença como um todo.

A perspectiva hermenêutica permite uma nova construção de modelos de saúde-doença, que recuperam a dimensão experiencial, assim como aquela psicossocial (CAPRARA, 2003, p. 925).

É no aspecto da experiência que a hermenêutica mais se aproxima da saúde. Nesta pesquisa a experiência foi considerada sob quatro vertentes principais. A primeira relacionada à revisão de literatura que buscou a experiência teórica e escrita, visando a compreensão do conjunto de serviços farmacêuticos contidos na Assistência Farmacêutica e seus determinantes. A segunda, relativa a experiência profissional por meio da análise dos problemas priorizados pelo conjunto de profissionais relacionados à Assistência Farmacêutica atuantes no SUS. A terceira sinaliza a experiência dos usuários de doenças crônicas com o uso dos medicamentos abordadas no inquérito domiciliar da PNAUM. Por fim, também a experiência dos sujeitos envolvidos com a produção dessa tese.

O conteúdo levantado foi analisado buscando identificar e interpretar as informações que considerem algumas características da hermenêutica apontadas por Minayo (2014) e Kinsella (2006):

- *busca esclarecer o contexto dos diferentes atores e das propostas que produzem;*
- *há um teor de racionalidade e responsabilidade nas diferentes linguagens;*
- *coloca os fatos, os relatos e as observações no contexto dos atores;*
- *assume o papel de julgar e tomar posição sobre o que ouve, observa e compartilha;*
- *produz um relato dos fatos em que os diferentes atores se sintam contemplados. (MINAYO, 2014. p.167).*

A análise hermenêutica considera os aspectos históricos, políticos, teóricos e técnicos associados aos serviços farmacêuticos.

O conteúdo levantado foi analisado buscando identificar e interpretar os serviços farmacêuticos considerando as cinco características de uma abordagem hermenêutica propostas por Kinsella (2006):

- Procurar entender as informações tanto em suas partes quanto como um todo, em um processo dinâmico e que permite um fluxo contínuo de informações na busca de uma síntese;

- Reconhecer a temporalidade (trata-se de uma leitura em 2016 e 2017 dos textos e dados produzidos em diferentes anos com sua conjuntura e cenários específicos);

- Compreender que cada fonte possui sua identidade histórica e de linguagem apropriada aos autores e a conjuntura de sua produção;

- Busca de ponto de convergência e destaque no referencial teórico e nos dados analisados.

- Admitir e estar receptivo a ambiguidades.

Com a hermenêutica foi possível ampliar a compreensão sobre o processo saúde/doença, vislumbrando a identificação das necessidades e a construção do cuidado por meio de serviços.

4.2 TRIANGULAÇÃO DE MÉTODOS

A combinação de métodos oferece uma alternativa para a abordagem de problemas complexos da área de saúde (MARTHA; SOUSA; MENDES, 2007). Estes autores consideram o desenho de métodos múltiplos, ou multi-métodos, quando dois ou mais projetos de pesquisa são conduzidos de forma independentes. É utilizada para integrar análises quantitativas e qualitativas, quando um método torna-se insuficiente para responder as questões da pesquisa e também para realizar uma investigação sob vários ângulos (MINAYO, 2014).

Existem dois princípios que devem ser seguidos ao desenvolver pesquisas com métodos múltiplos. O primeiro princípio segundo Martha, Sousa e Mendes (2007) *é reconhecer e respeitar o referencial teórico primário ou paradigma do projeto e aderir às suas suposições metodológicas*. O segundo refere-se ao componente secundário ou suplementar, que busca uma *perspectiva ou dimensão que não pode ser acessada pela primeira abordagem* e desta forma permitir um aprofundamento na exploração do fenômeno (MARTHA; SOUSA; MENDES, 2007).

A triangulação é uma forma de analisar mais de uma pesquisa, ela amplia as perspectivas e desta forma desenvolve conhecimentos mais aprofundados do objeto.

O recurso da triangulação e o desenvolvimento de projetos de pesquisa de método misto se apresentam como ferramentas operacionais importantes, considerando a necessidade de inovação das técnicas tradicionais de coleta, processamento e análise de dados (SANTOS, 2009).

Para a análise conjunta será utilizada uma técnica que permita a utilização de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens executados por meio da pré-análise, exploração do material e por fim o tratamento dos resultados (FARAGO; FOFONCA, 2013).

O processo de triangulação de métodos utilizados nessa tese parte de um arcabouço teórico em comum desenvolvido no referencial teórico. Essa base subsidiou a pré-análise dos bancos de dados da PNAUM e GAF, onde foram definidas a utilização dos problemas priorizados do PO-GAF, escolhido a seleção e aquisição de medicamentos fitoterápicos para o estudo de caso e identificadas questões de interesse aplicadas no inquérito da PNAUM.

Na fase de exploração do material, foram definidas as variáveis, o fluxograma para análise e resultados preliminares (sem

análise estatística) para a PNAUM. Na exploração do material do GAF foi definido o método a ser utilizado na análise, bem como uma pré-categorização do conteúdo dos problemas priorizados.

Por fim, no tratamento dos resultados foi realizada a análise estatística das variáveis da PNAUM e a análise de conteúdo para o GAF. Essas análises permitiram a elaboração da síntese integradora da tese, a qual buscou as convergências para o desenvolvimento dos serviços farmacêuticos em Assistência Farmacêutica. Os pontos centrais da síntese apontaram para o desenvolvimento de serviços farmacêuticos que possam atender as necessidades em saúde dos usuários de medicamentos no âmbito da acessibilidade e do uso racional com vistas ao cuidado em saúde.

A análise da PNAUM realizada nessa tese abordou as DCNT na perspectiva da *compliance* do tratamento farmacológico às pessoas que tem indicação médica para o uso de medicamentos. Essa é uma abordagem inédita desenvolvida com o banco de dados da PNAUM, sendo criada especificamente para essa análise a variável que avalia a *compliance*.

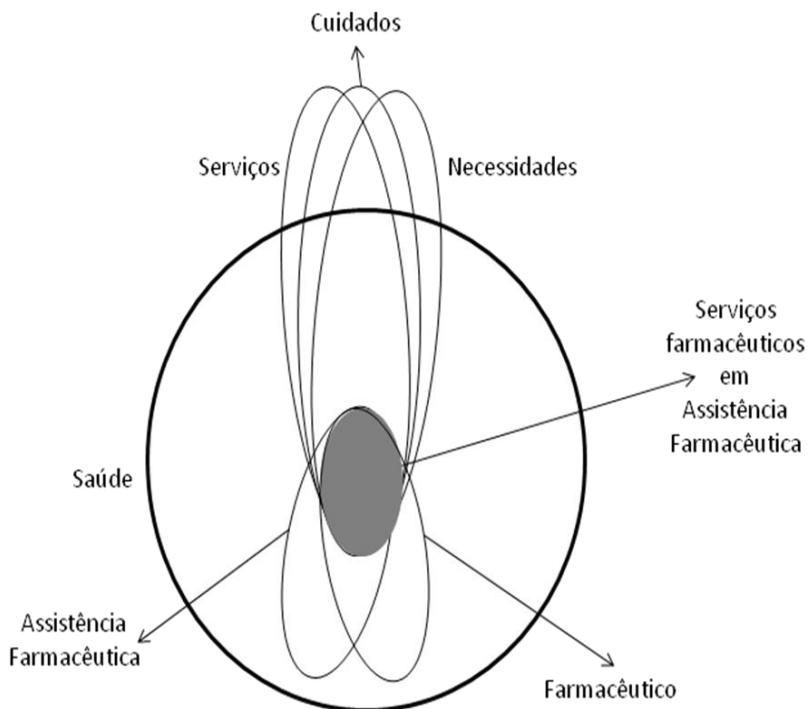
Para o GAF, a análise do conteúdo foi concentrada nos problemas priorizados. Ao analisar sob a perspectiva dos serviços, foram criadas as dimensões e variáveis utilizadas na tese.

5 REFERENCIAL TEÓRICO

Os serviços de saúde, inclusive os farmacêuticos, devem atuar de forma articulada e integrada com o objetivo de ofertar ao usuário as condições necessárias às mudanças em seu processo saúde/doença. Esses serviços devem produzir cuidados que atendam às necessidades em saúde das pessoas.

A partir da observação da realidade em diferentes espaços (farmácias, unidades de saúde, eventos da área farmacêutica e da saúde coletiva, disciplinas da pós-graduação, seminários e discussões promovidas pelo grupo de pesquisa em Políticas e Serviços Farmacêuticos da UFSC) e da busca na literatura, um conjunto de temas foram identificados como estruturantes à compreensão dos serviços farmacêuticos. Assim, considerando como objeto de estudo os Serviços Farmacêuticos em Assistência Farmacêutica, foi elaborada a Figura 1, que utiliza a teoria matemática dos conjuntos para estabelecer as relações entre os diferentes temas (AGUIAR, 2017; ROSSINI, 2010), que, na sequência, foram desenvolvidos de maneira independente.

Figura 1 – Conjunto de temas estruturantes relacionados aos Serviços Farmacêuticos em Assistência Farmacêutica



Fonte: Elaborada pelo autor (2017)

Da Figura 1 podemos apreender que os cuidados, serviços e necessidades como sendo conjuntos infinitos², pois por mais que

² Um conjunto infinito é aquele que apresenta uma quantidade ilimitada de termos. Ocorre quando não podemos contar a quantidade de elementos que o compõe. Pode ser representado por compreensão, ao mencionar as características que possui seus elementos para determinar todos eles. Por exemplo, se consideramos o conjunto dos números que terminam em Três:

$T = \{x \mid x \text{ é número e termina em Três}\}$

Fonte: GCFAprendeLivre

https://www.gcfaprendelivre.org/matematica/curso/os_conjuntos_matematicos/entender_os_conjuntos/2.do

seja enumerada a quantidade de serviços, cuidados ou necessidades existentes, ainda assim haverão elementos relativos a esses conjuntos não informados. Seus elementos extrapolam a área da saúde, porém há uma intersecção com a saúde, onde estão contidos os cuidados em saúde, serviços de saúde e necessidades em saúde. Em saúde, os elementos da tríade cuidados, necessidades e serviços estão muito próximos e possuem muitos pontos comuns.

O conjunto composto pela saúde também é infinito, pois são incontáveis os elementos que o constitui. No conjunto saúde, estão contidos os subconjuntos dos farmacêuticos (pessoa, trabalho e profissão) e da Assistência Farmacêutica (políticas e práticas). Pode-se dizer que o farmacêutico, em todo seu âmbito é um profissional da saúde. E a Assistência Farmacêutica faz parte das políticas e das práticas em saúde. Dessa forma, não é possível ser farmacêutico sem ser da saúde, bem como desenvolver a Assistência Farmacêutica fora da saúde. Mesmo nas áreas de maior densidade tecnológica ou de pesquisa, o objetivo final é intervir no processo saúde/doença, ou seja, na saúde das pessoas.

Os serviços farmacêuticos em Assistência Farmacêutica são formados pela intersecção dos conjuntos: saúde, farmacêutico, Assistência Farmacêutica, serviços, cuidados e necessidades. Assim, a teorização desses temas subsidiou a análise e compreensão do objeto de estudo da tese.

5.1 CONCEPÇÕES E CONCEITOS DE SAÚDE

Considerando, conforme figura 1, que a saúde é um conjunto infinito, esta pode ser percebida sob a perspectiva das pessoas, dos profissionais e das instituições. Simboliza-se por políticas, práticas, métodos, tecnologias, experiências e sentimentos que são trocados entre pessoas de diferentes maneiras, no âmbito individual e coletivo, que tem por objetivo final a produção de cuidado e

melhoria da qualidade da vida e da morte (SCLIAR, 2007; AYRES, 2004).

A construção do conceito de saúde se transformou ao longo da história da humanidade. A transformação está relacionada aos conhecimentos, às conjunturas políticas/religiosas, aos povos e nações de cada lugar e de cada época.

A concepção mágico/religiosa remete ao conceito de saúde mais antigo, observado em diferentes povos e religiões de todo o mundo. A Grécia clássica deu início a um entendimento da saúde voltado à relação do homem com a natureza e começa a dar materialidade às doenças. Nesse período, Hipócrates postula que a saúde era baseada no equilíbrio dos principais fluidos do corpo: bile amarela, bile negra, fleuma e sangue. A ideia de harmonização e equilíbrio também fundamentou a medicina no oriente (LOURENÇO et al., 2012; SCLIAR, 2007).

A idade média trouxe uma presença marcante da religião sobre a saúde. Surgem os primeiros hospitais, vinculados à igreja, que forneciam alimento, descanso e restrições que eram capazes de recuperar a saúde. Também os mosteiros tornaram-se importantes espaços para o conhecimento sobre remédios e tratamentos. Surge a teoria dos miasmas segundo a qual as doenças eram transmitidas pelo ar. Na mesma época, no início da colonização europeia nas américas, o suíço Paracelsus sugere que as doenças provinham de distúrbios químicos e pela química poderiam ser tratadas. Esse conceito tem uma grande influência no desenvolvimento da farmácia (LOURENÇO et al., 2012; SCLIAR, 2007).

Com a revolução industrial, também surge a era bacteriológica. Assim foram descobertos diferentes microrganismos que, ao longo do tempo, foram relacionados com as causas das doenças. Essa é uma concepção que eventualmente desponta nos dias atuais, em que a vinculação de uma doença a um microrganismo faz com que, uma vez imune, a doença simplesmente deixe de existir, muitas vezes sem considerar o meio e as condições naturais e sociais. Neste período, a relação do corpo

com as máquinas trouxe ao corpo enfermo a necessidade de conserto (LOURENÇO et al., 2012; SCLIAR, 2007).

Os séculos XIX e XX introduziram importantes contribuições à concepção de saúde, influenciando como a entendemos nos dias atuais. De forma muito sucinta podem ser citados:

- Rudolf Virchow, que em pleno encantamento com as descobertas microbiológicas, expõe sobre a relação social e cultural nas doenças, a qual ganha profundidade na América Latina na segunda metade do século XX.
- Leavell e Clark apresentaram a concepção de história natural da doença, muito utilizada ainda como referência, muitas vezes acrítica, da evolução de uma doença como sendo um processo natural e linear.
- O relatório Flexner, nos Estados Unidos em 1910, que fez um diagnóstico do sistema de saúde e propôs uma organização hospitalar, especializada.
- O Relatório Dawson, no Reino Unido em 1920, que influenciou o modelo de atenção primária à saúde (APS), que passou a ser pauta importante em diversos países após a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde de 1978, que foi um marco histórico no debate sobre a redução das disparidades políticas e sociais entre países ricos e pobres, e a responsabilidade dos Estados em dar condições à saúde da população (LAVRAS, 2011; FRAIZ, 2001; LOURENÇO et al., 2012).

No século XX, o Estado torna-se um dos protagonistas na saúde. Ele oferta, financia, regulamenta e determina os produtos, procedimentos e serviços de saúde. A saúde passa a ser tema constante das discussões políticas. A indústria da saúde influencia e financia políticos e instituições de forma a garantir seus interesses.

Após a segunda guerra mundial, além da criação da Organização das Nações Unidas, também foi inaugurada sua setorial da saúde, a Organização Mundial da Saúde (OMS), demonstrando como essa área está presente na vida humana. Os princípios da OMS representam bem a concepção e a relevância da saúde na sociedade contemporânea. São eles:

A saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade.

Gozar do melhor estado de saúde que é possível atingir constitui um dos direitos fundamentais de todo o ser humano, sem distinção de raça, de religião, de credo político, de condição econômica ou social.

A saúde de todos os povos é essencial para conseguir a paz e a segurança e depende da mais estreita cooperação dos indivíduos e dos Estados.

Os resultados conseguidos por cada Estado na promoção e proteção da saúde são de valor para todos.

O desigual desenvolvimento em diferentes países no que diz respeito à promoção de saúde e combate às doenças, especialmente contagiosas, constitui um perigo comum.

O desenvolvimento saudável da criança é de importância basilar; a aptidão para viver harmoniosamente num meio variável é essencial a tal desenvolvimento.

A extensão a todos os povos dos benefícios dos conhecimentos médicos, psicológicos e afins é essencial para atingir o mais elevado grau de saúde.

Uma opinião pública esclarecida e uma cooperação ativa da parte do público são de

uma importância capital para o melhoramento da saúde dos povos.

Os Governos têm responsabilidade pela saúde dos seus povos, a qual só pode ser assumida pelo estabelecimento de medidas sanitárias e sociais adequadas (OMS, 1946).

Os grupos de medicina social e saúde coletiva surgidos na segunda metade do século XX na América Latina passaram a construir, em conjunto com movimentos populares e políticos, a luta pelo acesso universal e direitos à saúde. Esse foi o percurso do movimento de reforma sanitária brasileiro. Os movimentos deste período têm em comum uma crítica ao modelo biológico e profissional centrado. A análise do processo saúde/doença passa também por questões econômicas e sociais. Surge o conceito de determinação social do processo saúde/doença. Essa concepção influenciou diretamente a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. Essa ideia pode ser observada no artigo 3º da Lei Orgânica da Saúde:

A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País (BRASIL, Lei nº 8.080/90, 1990).

Antes da lei orgânica, a Constituição Federal de 1988 ao criar o SUS estabeleceu que a saúde:

é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988).

A partir de então, houve uma mudança de paradigma no setor saúde no país. O acesso universal, a integralidade e a equidade, considerados os princípios doutrinários do sistema, em conjunto com a regionalização, hierarquização e participação da comunidade que constituem os princípios e diretrizes do SUS, fizeram com que a saúde se tornasse pauta constante da política nacional. A partir de experiências inovadoras anteriores à constituição de 1988, o SUS passou a ser organizado, influenciado por discussões internacionais de reformas de sistemas de saúde, sempre em busca destes princípios e diretrizes (TEIXEIRA; SOLLA, 2006).

De forma a organizar e dar condições à implementação do novo sistema de saúde que se vislumbrava, foram promulgadas no ano de 1990 as Leis federais nº 8.080 e 8.142, consideradas as Leis orgânicas da saúde. Entre as ações incluídas no campo de atuação do SUS por estas leis, está a *assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica* (BRASIL, 1990).

Assim, a saúde chega ao século XXI. Carregada de princípios, concepções e história. Moacyr Scliar definiu:

O conceito de saúde reflete a conjuntura social, econômica, política e cultural. Ou seja: saúde não representa a mesma coisa para todas as pessoas. Dependerá da época, do lugar, da classe social. Dependerá de valores individuais, dependerá de concepções científicas, religiosas, filosóficas. O mesmo, aliás, pode ser dito das doenças. (SCLIAR, 2007 p. 30)

Ela se constrói pela produção de trabalho dos profissionais da saúde oficiais ou não, que utilizam de seu conhecimento e acesso a instrumentos e tecnologias para ofertar às pessoas, usuárias de seus produtos e serviços, no sentido de atender as suas necessidades e que ao final resulte em cuidado.

5.2 DESENVOLVIMENTO DA PROFISSÃO FARMACÊUTICA NO BRASIL

5.2.1 A profissão farmacêutica

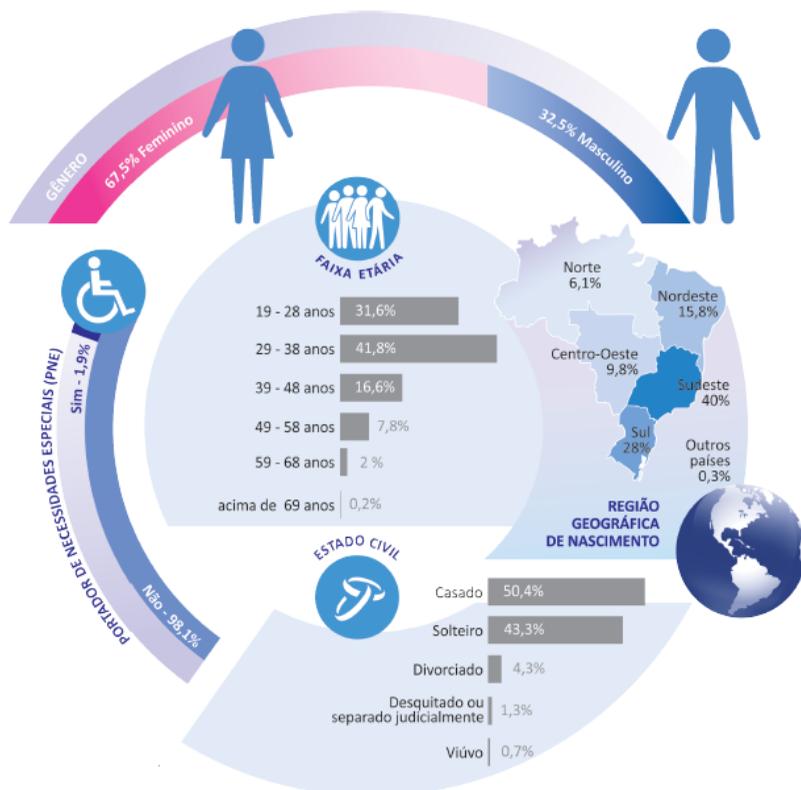
Uma profissão caracteriza-se pela sua capacidade de produzir, gerir, executar e formar para um trabalho especializado de forma autônoma determinando suas divisões e regulamentações. Deve ser reconhecida social e formalmente por isso (PIRES, 2009; FREIDSON, 1995). Dessa forma, a reflexão sobre o trabalho do farmacêutico deve ir além da prática, da frieza de uma diretriz, protocolo, instrução normativa ou de trabalho ou procedimento operacional padrão. O trabalho farmacêutico compreende a historicidade do devir³ da profissão farmacêutica, as transformações, influências e paradigmas que a cercam. A prática profissional relacionada ao medicamento no Brasil tem sido dialeticamente instável e resiliente. Principalmente ao longo do século XX percorreu caminhos distantes da sua origem como, por exemplo, na prática de acupuntura ou tecnologia de alimentos. Se distanciou da formulação e dispensação, restringindo-se a etapas intermediárias do preparo do medicamento em indústrias com capital transnacional. Mas, no final da década de 1990, com a criação do SUS, a luta das entidades profissionais, das primeiras experiências brasileiras de farmácia clínica e atenção farmacêutica, da retomada da atuação do farmacêutico na farmácia e de uma reforma curricular que incluísse tecnologias voltadas à atuação do farmacêutico no sistema de saúde iniciou-se uma mudança nas

³ Heráclito de Éfese (500 a.C.) “Tudo flui e nada permanece, tudo dá forma e nada permanece fixo”. Devir constitui uma série de mudanças de modos de Ser. Nesse sentido está em oposição ao Ser enquanto imutável. (LALANDE, André. Vocabulário Técnico e Crítico da Filosofia. 3ª Edição. Tradução: Fátima Sá Correia. São Paulo, SP: Martins Fontes, 1999)

práticas farmacêuticas em direção a práticas de cuidado (KORNIS, BRAGA, PAULA, 2014; PEREIRA; FREITAS, 2008).

Os farmacêuticos podem exercer a profissão em 10 linhas de atuação, as quais agrupam 131 especialidades farmacêuticas reconhecidas pelo Conselho Federal de Farmácia (CFF). Em 2015 o CFF publicou um relatório sobre o perfil do farmacêutico no Brasil. Responderam espontaneamente à pesquisa 19.896, entre os mais de 180 mil farmacêuticos do país. O relatório apresentou a caracterização sociodemográfica apresentada na Figura 2 (SERAFIN, CORREA JÚNIOR, VARGAS, 2015).

Figura 2 – Caracterização sociodemográfica dos farmacêuticos.



Fonte: Serafin, Correa Júnior e Vargas, 2015

Um aspecto importante a ser observado a partir da Figura 2 é que 73,4% dos farmacêuticos que responderam à pesquisa possuem 38 anos ou menos e que 49,7% possui menos de 5 anos de exercício profissional. O relatório ainda indica, com relação à formação acadêmica, que mais de 80% desses profissionais se formaram após a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional de 1996, que facilitou o aumento exponencial dos cursos de Farmácia e, conseqüentemente, do número de farmacêuticos no mercado de trabalho. Em relação ao exercício profissional, 81,1% dos farmacêuticos atuam em farmácia (de rede ou independente, magistral, hospitalar ou pública) (SERAFIN, CORREA JÚNIOR, VARGAS, 2015).

É importante ressaltar que no relatório citado, *o número de respondentes corresponde a mais de 10% do total de farmacêuticos no país, o que permite fixar o grau de erro da pesquisa em apenas 1%* (SERAFIN, CORREA JÚNIOR, VARGAS, 2015, p. 17), porém o estudo não menciona se há uma correlação sociodemográfica entre o número de farmacêuticos que responderam a pesquisa e o total de farmacêuticos registrados no Brasil. Por outro lado, segundo dados do CFF, em 1985 haviam 31.272 farmacêuticos registrados no Brasil (STEFAN, 1986), ou seja, em 30 anos esse número aumentou por volta de seis vezes, demonstrando uma expansão recente no número desses profissionais.

Sob uma perspectiva multiprofissional, na última década as equipes de saúde vão além das especialidades médicas e da enfermagem. Na atenção primária, segundo Carvalho e colaboradores (2016), entre 2008 e 2013, houve uma expansão na força de trabalho da ordem de 16%. No caso do farmacêutico houve um crescimento de 75% dos registros no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), passando de 1,4% para 2,1% da força de trabalho de nível superior nos estabelecimentos do tipo centros de saúde/unidades básicas de saúde (CARVALHO et. al., 2016). É importante ressaltar que o dado trata do registro nos estabelecimentos citados e que não inclui farmácias básicas e

municipais que atendem fora dos centros de saúde ou unidades básicas de saúde.

Esse reposicionamento dos farmacêuticos nos espaços de trabalho, principalmente aqueles que prestam serviços de saúde como farmácias e unidades de saúde, se deu após um período de afastamento do farmacêutico do medicamento. Esse afastamento aconteceu após a grande expansão da indústria farmacêutica em escala global na segunda metade do século XX. A industrialização transferiu a atividade farmacêutica de uma escala artesanal para uma escala industrial, fazendo surgir o primeiro grande desafio para os serviços farmacêuticos. Com a chegada dos medicamentos industrializados nas décadas de 1950 e 1960 houve um distanciamento da atuação profissional com a saúde. O produto tecnicamente elaborado, já estava finalizado e a atividade na farmácia estava restrita à leitura de uma prescrição e entrega do produto. A estrutura laboratorial existente nas farmácias abre espaço para a incorporação de outras áreas à farmácia como as análises clínicas e bromatológicas, que estavam em franca expansão. O farmacêutico estava camuflado atrás de uma máquina de fazer medicamentos ou em um laboratório e o produto de seu serviço era representado por uma caixa de medicamentos ou um laudo de papel (LEITE, GALDINO, 2013; SANTOS, 1999; BERMUDEZ, 1995).

O farmacêutico nas décadas de 1970/80 percorre dois caminhos distintos para exercer seu trabalho, o primeiro relacionado à indústria e o outro em direção às análises clínicas que concentraram mais de 90% da opção dos estudantes (SATURNINO et. al., 2012; ESTEFAN, 1986). Paralelamente, continua usando de prerrogativa legal para dizer-se responsável técnico por farmácia, porém não era incomum a presença do farmacêutico apenas no dia de pagamento. A dedicação às tecnologias duras e o distanciamento da farmácia fizeram com que o farmacêutico deixasse de ser reconhecido socialmente, tanto pela população quanto pela equipe de saúde, como alguém útil no processo saúde/doença (IVAMA, 2002). Um marco simbólico nessa conjuntura pode ser observado

ao analisar o Decreto nº 85.878/81, que estabelece normas para execução da Lei nº 3.820, de 11 de novembro de 1960, sobre o exercício da profissão de farmacêutico, e dá outras providências, onde a palavra farmácia aparece apenas uma vez, no artigo 6º compondo “Conselho Federal de Farmácia” (BRASIL, 1981).

O desenvolvimento da profissão trouxe a possibilidade de agregar novas áreas de atuação, que também esteve vinculada a políticas de educação superior, determinadas por interesses profissionais, econômicos e sociais. A busca por novas áreas para o farmacêutico aconteceu durante todo o século XX (SATURNINO et. al., 2012). Atualmente, na educação formal de graduação em Farmácia, volta-se à formação generalista, que deveria atender aos princípios da Atenção Primária em Saúde (BRASIL, 2002). O farmacêutico deve desenvolver seus serviços considerando as principais necessidades em saúde, o perfil epidemiológico, as diretrizes do SUS. Contudo, a formação, muitas vezes é pulverizada para contemplar as diferentes áreas de atuação profissional (LEITE et. al. 2008).

Entre as diversas possibilidades legais de atuação, algumas são tradicionais, como as análises clínicas e outras ainda incipientes como a acupuntura. Algumas são de exclusividade farmacêutica e outras compartilhadas, mas em qualquer opção, devem seguir o propósito dos serviços farmacêuticos. Para tanto é necessário que os farmacêuticos de todas as áreas se reconheçam como tal e ofertem, por meio de seus processos de trabalho, serviços farmacêuticos que promovam o cuidado. É fundamental que as análises clínicas, a tecnologia de alimentos, a tecnologia de medicamentos, a acupuntura, entre outras, se exercida por farmacêuticos, se reconheçam como parte das ciências farmacêuticas. Pois elas também são práticas e podem constituir serviços farmacêuticos.

5.2.2 Fatores associados ao processo de trabalho farmacêutico

A discussão sobre os serviços farmacêuticos necessita uma análise sobre o trabalho farmacêutico. A noção de trabalho remete ao processo de transformação da natureza por meio da intervenção humana. Apoiado em Marx, diferentes pesquisadores da área da saúde descrevem o processo de trabalho relacionado à ação, utilizando instrumentos, técnicas e materiais em um determinado objeto capaz de produzir transformações no mesmo (CHAVES, 2010; MATTOS, 2010; PEDUZZI; SCHRAIBER, 2009).

O desenvolvimento do trabalho farmacêutico é contínuo e dinâmico e sua modelagem é sensível a intempéries técnicas, políticas, econômicas e sociais. Por isso é fundamental conhecer alguns fatores condicionantes, diretamente relacionados ao processo de trabalho, ao objeto de trabalho e ao desenvolvimento da profissão de farmacêutico, inseridos no conjunto de profissões da área da saúde.

Ayres (2015) apontou as contribuições de Ricardo Bruno Mendes Gonçalves sobre o processo de trabalho para a saúde coletiva brasileira. Destacamos a importância de superar a posição neutra das práticas médicas e de outros profissionais da saúde. O autor localiza estas práticas como práticas sociais,

que precisavam ser compreendidas como elementos estruturados historicamente no âmbito de interesses de sujeitos concretos, temporal e geograficamente localizados, que os construíram segundo possibilidades material e ideologicamente delimitadas (AYRES, 2015, p. 907).

No que diz respeito ao contexto, qualquer que seja o cenário ou época, em se tratando de serviços farmacêuticos, o primeiro elemento que se identifica é o medicamento, produto tecnicamente elaborado que exerce um papel de destaque nos serviços de saúde como um todo, apresentando uma complexa

natureza simbólica. Lefevre (1983) explica que "*o signo ou símbolo é um estímulo ou realidade material [...] que, através de um sistema convencional ou código, exerce a função de estar-no-lugar-de ou representar algo*", o que, no caso do medicamento, dá materialidade a uma condição, muitas vezes, abstrata, característica do processo saúde/doença. Essa materialidade foi intensificada pelo comportamento da prática médica, na qual o medicamento é um instrumento dominante do processo de cuidado. Assim, para hipertensos e diabéticos, frequentemente, o marco inicial da doença é dado pelo início da terapia farmacológica, mesmo que na fase inicial tenham sido prescritas mudanças de hábitos de vida (DIEHL, GRASSI, 2010; LAGE, FREITAS, ACURCIO, 2005).

O medicamento, em todos os seus aspectos, é um fator de destaque no processo de trabalho farmacêutico. Seja em uma análise objetiva, enquanto produto terapêutico com uma finalidade e um modo de uso, seja de maneira subjetiva, despertando nos usuários desejo e medo, instrumento de poder e de política aos profissionais e gestores. A busca do acesso e o desejo por medicamentos deu a esse uma característica que, além de ser um instrumento terapêutico, passou a ser um bem de consumo valioso. Esse conjunto de atributos, em uma relação dialética, passou a contribuir para a experiência pessoal no uso dos medicamentos. Essa experiência produz representações sociais determinadas no cotidiano do trabalho, da família, dos serviços de saúde, e das mais diversas possibilidades de interação entre os sujeitos e o mundo. O medicamento pode representar um estado de adoecimento, agravamento ou de saúde, bem como de medo e de esperança (LEITE, VASCONCELLOS, 2003; LAGE, FREITAS, ACURCIO, 2005).

Além destes atributos simbólicos, os medicamentos são a razão de ser de um setor de grande rentabilidade no mundo, o setor farmacêutico (DIEHL, GRASSI, 2010). As estratégias econômicas da indústria farmacêutica fizeram com que a demanda pelo medicamento se expandisse a ponto da Associação dos Laboratórios Farmacêuticos Nacionais (Alanac) estimar a movimentação do setor em 132 bilhões de reais para o ano de 2015 (ALANAC, 2015).

As políticas públicas voltadas ao setor farmacêutico, inicialmente, estiveram fortemente direcionadas ao aumento da disponibilidade de medicamentos, quer por meio de políticas de preços, de programas específicos para o setor público ou dos convênios com o setor privado. Contudo, somente o aumento da disponibilidade, tanto nos serviços públicos de saúde, quanto nas farmácias privadas, não é suficiente para garantir que os indivíduos em necessidade e, por consequência, a sociedade, atinjam um estado de saúde pretendido.

Para disponibilizar o medicamento ao usuário, um elemento catalítico tornou-se fundamental: o profissional de saúde. Em qualquer forma de organização dos serviços farmacêuticos que haja disponibilização de medicamentos, há um contato entre o usuário do serviço e o profissional que o atende. Este profissional pode exercer um papel, exclusivamente, executor do ato de entregar o medicamento, assemelhando-se às características de um processo taylorista/fordista, representado por Charlie Chaplin em *Tempos Modernos*, e que pressupõe um nível de produtividade em uma linha de montagem e o consumo de massa (MATOS, PIRES, 2006). De outra forma, esta ação pode constituir um serviço clínico, promovendo o cuidado.

O usuário e o profissional de saúde são atores sociais, portanto, sob a concepção de Carlos Matus, capazes de acumular força e desenvolver interesse, produzindo fatos na situação (LALUNA; FERRAZ, 2003), que podem, ou não, produzir cuidado. Quando um desses atores é o farmacêutico, pressupõe-se que esse ato não seja apenas a entrega do medicamento, mas incorpore rotinas específicas na interação com o usuário. Farmacêutico e usuário, são atores sociais singulares, constituídos de diferentes conhecimentos técnicos e sociais, acadêmicos e populares, habilidades e capacidades que, condicionados à governabilidade profissional ou à agência pessoal sobre cada situação, produzem cuidado.

Nesse sentido, torna-se necessário o protagonismo e a emancipação do farmacêutico sobre o seu processo de trabalho.

Essa posição não implica isolamento ou uniprofissionalismo, mas sim, a atitude em argumentar ao sistema e aos outros atores o que veio fazer, em que pode contribuir à saúde e a sociedade.

Isso inclui se apropriar do conceito estabelecido pela Lei n. 13.021/2014, no qual a farmácia deve ser uma *unidade de prestação de serviços destinada a prestar assistência farmacêutica, assistência à saúde e orientação sanitária individual e coletiva* (BRASIL, 2014a) em contraponto, às normalizações anteriores que remetiam o estabelecimento farmacêutico ao comércio, e conseqüentemente as atividades farmacêuticas às práticas comerciais (ROMANO-LIEBER; CUNHA; RIBEIRO, 2009).

Contudo, atualmente, nem todo estabelecimento onde se desenvolvem os serviços farmacêuticos são farmácias, esses estabelecimentos formam um mosaico de estruturas e processos, o que torna complexa a criação de uma organização padrão ou a implantação, em larga escala, de um modelo único para qualquer serviço farmacêutico. Em qualquer cenário deve estar presente o farmacêutico, a pessoa usuária do serviço e, direta ou indiretamente, o medicamento. Nota-se que evitar a necessidade de uso de um medicamento, atender ao medo em se tratar, ações de prevenção primária (antes da doença) e combater as iatrogenias também compõe o cerne do trabalho farmacêutico.

Após um longo afastamento entre o farmacêutico e o usuário, uma série de ações buscaram reaproximar esse profissional dos serviços assistenciais da farmácia no Brasil (CAMPESE, MEZZARROBA, 2005). Com o farmacêutico de volta à farmácia, surgem novas demandas por tecnologias sociais relacionadas ao processo de cuidado farmacêutico. Em algumas situações estão sendo desenvolvidas tecnologias sociais inovadoras como, por exemplo, para estruturar o processo de trabalho dos farmacêuticos nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf). Em outras situações, a solução tem sido adaptar tecnologias desenvolvidas para outros sistemas de saúde em outras sociedades, as quais, muitas vezes desconsideram as iniquidades sociais que influenciam

o acesso a medicamentos, mas tem sido de grande valia para a iniciação clínica do farmacêutico.

Além de entender a complexidade do medicamento e se posicionar como ator social importante no processo de cuidado, também se deve observar a ambiência. A ambiência refere-se ao:

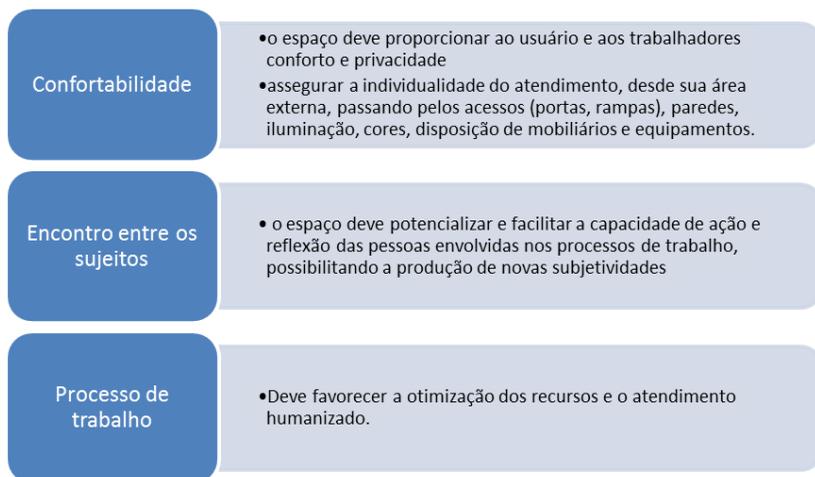
tratamento dado ao espaço físico entendido como espaço social, profissional e de relações interpessoais que deve proporcionar atenção acolhedora, resolutiva e humana (BRASIL, 2010a).

Seja na produção ou operação de tecnologias instrumentais como o medicamento, a ambiência deve atender padrões técnicos e humanísticos capazes de remeter à realização daquele trabalho no sentido de modificar o processo saúde/doença das pessoas.

Desta forma, na assistência farmacêutica, a busca da estruturação faz parte do devir necessário ao desenvolvimento do serviço farmacêutico. O Ministério da Saúde instituiu, em 2012, o Programa de Qualificação da Assistência Farmacêutica no SUS (Qualifar-SUS), dividido em quatro eixos: estrutura, informação, educação e cuidado. Assim como em algumas experiências estaduais, o eixo estrutura do Qualifar-SUS incentiva a melhoria da estrutura física, de equipamentos, mobiliários e de recursos humanos para que sejam compatíveis com a provisão de serviços (CONASS, 2014). Apesar da distribuição não universal, essas iniciativas são indutoras de um processo de mudança e podem levar os estabelecimentos farmacêuticos a configurar-se como parte de um serviço de saúde.

A ambiência dos estabelecimentos farmacêuticos precisa evoluir para proporcionar um atendimento humanizado. As farmácias públicas e privadas carecem de uma análise crítica sob a perspectiva de sua capacidade de atender aos três eixos relacionados à ambiência, apresentados na Figura 3.

Figura 3 – Eixos relacionados à ambiência a partir do conceito apresentado na cartilha de ambiência da Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde (BRASIL, 2010a).



Fonte: elaborado pelo autor

O medicamento como elemento híbrido e toda sua subjetividade, a atitude profissional e o espaço onde se executa o trabalho são determinantes para que os processos de trabalho farmacêutico remetam ao cuidado (SEVALHO, 2003).

5.2.3 O objeto de trabalho do farmacêutico

Sergio Arouca, apoiado em Althusser (1971), coloca o processo de trabalho como um processo de transformação que remete ao cuidado do médico sobre seu objeto, o homem (AROUCA, 1975). Assim como Peduzzi e Anselmi (2002), ao discorrer sobre o processo de trabalho em enfermagem, definem objeto de trabalho como "o aspecto específico, recortado da realidade, sobre o qual incide a atividade do trabalho, não existe enquanto objeto de intervenção por si só, mas é recortado por um 'olhar' que contém

um projeto, uma finalidade". Na sequência traz que "os instrumentos de trabalho tampouco são naturais, mas construídos historicamente pelo sujeito que, assim, estende sua possibilidade de intervenção sobre o objeto" (Peduzzi e Anselmi 2002, p. 393). A reflexão trazida por esses autores fomentou a formulação de algumas questões fundamentais para a determinação do objeto de trabalho farmacêutico:

Qual o destino da aplicação dos saberes do farmacêutico?
O que se quer transformar? Onde está a mudança?

Há uma tendência em pensar o objeto de trabalho do farmacêutico como sendo o medicamento. A formação tecnicista, fundamentada nos procedimentos da administração científica de Taylor e Ford, "enformou" o farmacêutico para ser o profissional produtor do medicamento, seguindo os mais rígidos métodos de produção, produtividade e reprodução. O processo de trabalho do farmacêutico tornou-se focado no medicamento enquanto produto tecnicamente elaborado, justificando a tipificação do medicamento como objeto do trabalho do farmacêutico. Mas o medicamento por si só cumpre a finalidade do trabalho do farmacêutico como profissional de saúde? Não, mesmo finalizado, pronto para uso, se o medicamento não for administrado corretamente à quem precisa, ele não cumprirá com sua finalidade e o trabalho do farmacêutico será em vão. Produzir, adquirir, armazenar, aviar uma prescrição e entregar o produto garantem seu uso racional ou o resultado sanitário? Não. Logo, o medicamento não responde às questões que determinam o objeto de trabalho farmacêutico. Assim, entender o medicamento como objeto de trabalho farmacêutico é limitar esse trabalho à finalização do produto, colocando-o no centro do trabalho e ao invés de quem faz uso dele para um determinado objetivo de saúde.

A mudança no objeto de trabalho do farmacêutico, ou seja, do foco para o qual agimos é imperativa, para dar condições às mudanças que contribuam com o cuidado da saúde das pessoas.

Portanto, o processo de trabalho do farmacêutico deve estar dirigido às pessoas. Para tanto, o farmacêutico deve usar instrumentos e saberes profissionais para as mudanças no processo saúde/doença, contribuindo para um resultado positivo em saúde. E esse processo deve considerar a história, a experiência da pessoa com o medicamento e a doença e os determinantes de sua saúde.

Então, é para as pessoas que o farmacêutico deve direcionar seus saberes e o produto desses saberes. Seja por meio da pesquisa, desenvolvimento, produção, distribuição e dispensação de um produto, ou seja por meio da escuta, da informação e da resolução de problemas, é nas pessoas que a mudança ocorre e é o curso de sua saúde/doença que se quer transformar.

Remodelar o processo de trabalho do farmacêutico centrado nas pessoas é assumir que em saúde se faz trabalho vivo. Merhy e Franco (2009) afirmam que

a produção na saúde realiza-se, sobretudo, por meio do 'trabalho vivo em ato', isto é, o trabalho humano no exato momento em que é executado e que determina a produção do cuidado.

Nesse tipo de trabalho interagem diferentes tecnologias, consideradas em duas dimensões, tecnologias duras e tecnologias leves, apresentadas no Quadro 1.

Quadro 1 - Tecnologias duras e tecnologias leves segundo Merhy e Franco (MERHY, FRANCO, 2009, 281-282p).

Tipologia	Definição
Tecnologia dura	está relacionada à produção de bens e produtos para uma determinada finalidade.
Tecnologia leve	é a que se vincula ao produtor do ato, o trabalhador, e a sua relação com seu ato produtivo e os produtos que realiza, bem como com suas relações com os outros trabalhadores e com os possíveis usuários de seus produtos.

Embora o farmacêutico seja identificado com as tecnologias duras (produção de medicamento e práticas em laboratórios) é necessário o desenvolvimento de tecnologias leves, de trabalho vivo, da relação entre humanos para que seu trabalho se finalize e atinja o objetivo final. Esse processo acontece por meio de um serviço em que o profissional e o usuário se encontrem de maneira a permitir o acesso a um medicamento, a um resultado de exame ou outro bem da cadeia produtiva farmacêutica ao seu destinatário final.

E é no estabelecimento farmácia que esse serviço e essas práticas podem se desenvolver da maneira mais completa, mas também devendo ser expandida para outros espaços. Desta forma pode-se afirmar que a ação de atender uma pessoa na farmácia pode produzir cuidado. A partir do momento em que se revê o processo de trabalho, no qual o medicamento passa de objeto do trabalho para um instrumento, associado às técnicas e conhecimentos materializados por meio da escuta e orientações na ação de dispensação, estabelece-se um novo rumo para a profissão.

As mudanças pretendidas no processo de trabalho não acontecem ao acaso, mas são determinadas socialmente por meio de ações técnicas e políticas. Esse é um processo em permanente disputa e ainda cheio de contradições. A organização e a luta política envolvidos na conquista do direito à saúde no Brasil, com a criação do SUS universal, igualitário e integral, associado ao desenvolvimento de tecnologias (equipamentos, técnicas e ações) possibilitam a criação de condições para tornar a farmácia um estabelecimento de saúde e onde se pratica saúde. E a partir de um novo processo de trabalho cujo objeto é a pessoa e suas necessidades, centrado no trabalho vivo, nas relações e na produção do cuidado que o fiel da balança dos serviços farmacêuticos penderá para o lado da saúde.

5.3 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA: A PRODUÇÃO, O ACESSO E O USO DE MEDICAMENTOS

Ao tratar de serviços farmacêuticos não se pode deixar de analisar a Assistência Farmacêutica. Em algumas situações estes termos são tratados como sinônimos, como, por exemplo, ao consultar 'Assistência Farmacêutica' no Descritores em Ciências da Saúde (DeCS)⁴. Para essa tese, a Assistência Farmacêutica e os Serviços Farmacêuticos não são sinônimos. Adotou-se no texto a interpretação de que a Assistência Farmacêutica compreende um conjunto de políticas e práticas relacionadas a produção, acesso e uso de medicamentos enquanto que serviços farmacêuticos serão abordados a partir das ciências dos serviços. Para tanto, foi necessário resgatar suas diferentes interpretações e usos e analisar três importantes eixos dessa área.

5.3.1 Interpretações e usos do termo Assistência Farmacêutica

Embora o farmacêutico atue em diferentes áreas (CFF, 2016), o termo Assistência Farmacêutica está vinculado ao medicamento. Mesmo assim tem havido diferentes interpretações e usos que Santos (2011) apresentou, relacionados:

1. à prática farmacêutica em geral;

⁴ A consulta aos DeCS não apresentou resultado em português para 'Serviços Farmacêuticos' enquanto para 'Assistência Farmacêutica' apresentou: Descritor Inglês: Pharmaceutical Services; Descritor Espanhol: Servicios Farmacéuticos; Descritor Português: Assistência Farmacêutica; Sinônimos Português: Serviços de Assistência Farmacêutica; Relacionados Português: Atenção Farmacêutica. (Consulta aos DeCS, disponível em <http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/decsserver/> . Acesso em 03/10/2016)

2. a uma prática farmacêutica específica, dirigida ao cuidado do paciente (geralmente no sentido da orientação quanto ao uso dos medicamentos);
3. ao fornecimento de medicamentos enquanto benefício social;
4. às atividades logísticas para o fornecimento de medicamentos;
5. à forma pela qual a esfera de gestão se organiza para o fornecimento de medicamentos ou os serviços farmacêuticos;
6. às políticas para o acesso aos medicamentos, etc.

Ao analisar esses diferentes empregos para o termo assistência farmacêutica, pode-se inferir que em muitos a concepção de serviço adotada nesse texto pode ser aplicada. As práticas, as atividades e a estrutura da assistência farmacêutica quando estão em um processo que agrega valor, elevando o medicamento de um produto para um insumo terapêutico que modifica o processo saúde/doença das pessoas constitui um serviço farmacêutico.

A mesma autora também analisou 132 artigos nas bases BIREME e LILACS que utilizaram o termo assistência farmacêutica como descritor de assunto. Um complicador nessa análise foi a alteração de tradução para inglês e espanhol que esse descritor teve, passando de Pharmaceutical Care e Atención Farmacéutica para Pharmaceutical Services e Servicios Farmacéuticos respectivamente. Com essa ressalva, 96 (73%) dos artigos puderam ser relacionados com serviços enquanto que os demais abordaram o direito ao medicamento ou judicialização, as políticas para a assistência farmacêutica e medicamentos, o uso dos medicamentos, a educação farmacêutica, a propaganda de medicamentos e a representação social do medicamento (SANTOS, 2011).

Em síntese, a autora relaciona esses trabalhos com a quantificação de procedimentos, descrição da estrutura de um

estabelecimento, aspectos logísticos e gerenciais e a disponibilidade do medicamento. Também houve destaque para um subgrupo que extrapolava o direcionamento do texto ao setor público ou privado onde apresentou publicações relacionadas à farmácia clínica e ao uso racional de medicamentos (SANTOS, 2011).

Talvez essa polissemia se deva ao fato do próprio conceito de assistência farmacêutica não ser estático e quando sucinto torna-se abstrato e quando concreto se torna extenso. Embora o mais conhecido esteja vinculado a Política Nacional de Assistência Farmacêutica de 2004 (BRASIL, 2004), que em função da conjuntura e correlação de forças da época apresentou o conceito como o terceiro princípio desta política. Em resumo, esses princípios são:

1. o primeiro vincula a Política Nacional de Assistência Farmacêutica como parte da Política Nacional de Saúde;
2. o segundo apresenta a assistência farmacêutica como norteadora para políticas setoriais;
3. o terceiro trata a assistência farmacêutica como um *conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletivo, tendo o medicamento como insumo essencial e visando o acesso e ao seu uso racional*; e
4. o quarto diz que *“as ações de Assistência Farmacêutica envolvem aquelas referentes à Atenção Farmacêutica”* (BRASIL, 2004).

Após dez anos, em 2014, a Lei Federal nº 13.021/2014 que dispõe sobre o exercício e a fiscalização das atividades farmacêuticas, em seu artigo 2º apresenta o conceito de assistência farmacêutica:

O conjunto de ações e de serviços que visem a assegurar a assistência terapêutica integral e a promoção, a proteção e a recuperação da saúde nos estabelecimentos públicos e

privados que desempenhem atividades farmacêuticas, tendo o medicamento como insumo essencial e visando ao seu acesso e ao seu uso racional (BRASIL, 2014a).

A própria abrangência da assistência farmacêutica estimula a sua subdivisão ou a adoção de uma ou outra característica pertinente a um determinado estudo. Santos (2011) indica dois eixos principais: i) assistência farmacêutica enquanto prática farmacêutica e, ii) como produto de políticas sociais (SANTOS, 2011), que se assemelham aos princípios da Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Outra subdivisão comum, de caráter predominantemente operacional, é a representada por Mendes (2011) ao tratar da assistência farmacêutica nas redes de atenção à saúde como um sistema de apoio, porém distingue um grupo de atividades relacionadas à logística e outras à clínica, semelhante ao que em 2009 o Ministério da Saúde definiu como serviços farmacêuticos técnico-gerenciais e técnico-assistenciais (BRASIL, 2009b).

Independentemente das subdivisões, a Assistência Farmacêutica quando relacionada a prática farmacêutica, pode vir a ser um serviço farmacêutico. Isso no momento em que deixa ser apenas uma ação técnica ou um procedimento operacional e passa a ser um instrumento ou produzir cuidado, compreendendo um conjunto de processos também reflexivos e concretos.

5.3.2 Eixos da Assistência Farmacêutica

Nesta discussão foram agrupados temas estratégicos em Assistência Farmacêutica que sistematizassem terminologias, valores, técnicas, princípios, premissas, sistemas de ideias e consensos que caminham em um mesmo sentido, constituindo assim um eixo. Foram identificados símbolos e marcos onde pode-

se observar a ênfase de cada eixo e sua relevância na construção teórica e operacional da Assistência Farmacêutica. É importante ressaltar que esses eixos não são estanques, são dinâmicos e coexistem, alternando momentos de maior ou menor destaque, e que, inclusive, podem surgir outros.

Após diferentes leituras e referenciais, foram descritos três eixos para a Assistência Farmacêutica, tendo o *phármakon* como instrumento essencial, porém sob perspectivas diferentes: enquanto produto tecnicamente elaborado, enquanto acesso ou enquanto uso racional.

5.3.2.1 O produto medicamento

Os serviços farmacêuticos na área da produção do medicamento são essenciais. Ter o medicamento a ser disponibilizado é o ponto de partida de toda a rede de serviços farmacêuticos. As ações para garantir o acesso e o uso racional só fazem sentido se houver o produto para ser usado ou preterido de acordo com a necessidade. A pesquisa, desenvolvimento e produção são etapas distintas e fundamentais para que se obtenha um medicamento. Envolvem processos, tecnologias e conhecimentos organizados em serviços, os quais têm por finalidade o medicamento como produto final. Embora restrito a um processo interno, seja em uma fábrica, centro de pesquisa ou em um laboratório de manipulação, esse é um importante eixo que deve ser analisado sob a perspectiva de um serviço, pois remete à origem e ao núcleo do trabalho farmacêutico.

Entre os marcos relacionados a esse eixo, no setor público de saúde, estão a criação da Central de Medicamentos (CEME) em 1971 (BERMUDEZ, 1995), a promulgação da Política Nacional de Medicamentos em 1998, a instituição dos medicamentos genéricos pela Lei Federal nº 9.787/99 e em 2012 regulamentação das Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo (PDP) (BRASIL, 2012a).

A produção de medicamentos que atenda as pessoas e serviços de saúde de forma equânime e universal é um dos grandes desafios dos serviços farmacêuticos. Embora composto por processos muitas vezes intangíveis ou mesmo ocultos em uma unidade produtiva ele é estratégico e atribui um novo valor ao cuidado, ao dar a possibilidade, de reduzir o sofrimento, aliviar a dor e manter a vida.

5.3.2.2 Acesso a medicamentos

Há duas décadas, o acesso aos medicamentos vem dominando a discussão sobre assistência farmacêutica no Brasil. Com o medicamento produzido nacionalmente ou importado era necessário que este chegasse a população usuária. Nesse sentido uma série de serviços e tecnologias foram desenvolvidos para que o produto se transformasse um dos instrumentos terapêuticos fundamentais no processo saúde/doença, tornando-se assim um eixo da Assistência Farmacêutica.

A elaboração de uma lista de medicamentos a ser ofertada é um dos símbolos de qualquer serviço farmacêutico que atenda uma pessoa. Mesmo considerando uma farmácia privada, é necessário conhecer a demanda de medicamentos naquela região, definir as marcas, apresentações e posologias que comporão seu estoque permanente, pois não é possível disponibilizar todos os medicamentos registrados em um único local. Esse serviço tem sido mais empírico e de ordem econômica/administrativa do que técnica. Essa afirmação traz a reflexão sobre o desenvolvimento de tecnologias e análise também técnica farmacêutica para a programação e seleção de estoque de uma farmácia privada. Esse é um nicho para o serviço farmacêutico.

Mas foi nos serviços públicos e hospitalares que as listas de medicamentos se destacaram e se consolidaram como processo dos serviços farmacêuticos de um determinado estabelecimento. A

Organização Mundial da Saúde (OMS) tem trabalhado desde a década de 1970 com o conceito de medicamentos essenciais, e os conceituava como *aqueles que satisfazem às necessidades prioritárias de cuidados da saúde da população* (WANNMACHER, 2006, p. 2). A partir de 2002 a OMS:

modificou o conceito de medicamentos essenciais. Esses deixaram de ser direcionados somente a doenças prevalentes, passando a ser selecionados para situações prioritárias em saúde pública (WANNMACHER, 2012, p. 15).

O Brasil já adotara, antes da primeira lista da OMS, a sua lista de medicamentos essenciais, a qual, ao longo dos anos, também sofreu alterações conceituais. Essa lista, chamada de Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename), foi adotada como base para orientar estados e municípios na elaboração do elenco de medicamentos a ser disponibilizado principalmente na atenção primária à saúde (BRASIL, 2010b, p.15). Em 2011, a partir do Decreto n. 7.508, de 28 de junho, que regulamenta a Lei Orgânica da Saúde, o capítulo da assistência à saúde aborda a Rename, ampliando seu âmbito regulatório, e que compreende:

a seleção e a padronização de medicamentos indicados para atendimento de doenças ou de agravos no âmbito do SUS,... e que deve ser acompanhada do Formulário Terapêutico Nacional, o qual subsidiará a prescrição, dispensação e o uso dos seus medicamentos, devendo ser atualizada a cada 2 anos (BRASIL, 2011).

Nos serviços hospitalares ou farmácias ambulatoriais especializadas seguiu-se a mesma lógica considerando as especificidades de cada serviço de saúde.

A racionalização por meio de uma lista de medicamentos é pauta permanente no processo de trabalho do farmacêutico. Nesse processo encontram-se diferentes procedimentos como o levantamento da demanda e das necessidades por meio de uma programação e o controle e gerenciamento de estoques, que dão subsídios à seleção de medicamentos. O processo de seleção utiliza, em muitos casos, uma comissão preferencialmente multiprofissional para deliberar sobre a inclusão, exclusão ou permanência de um item na lista de medicamentos ofertados. O trabalho farmacêutico de levantamento das informações de consumo de medicamentos, análise da demanda e dos parâmetros técnicos e econômicos dos medicamentos para a elaboração da lista de referência constituiu um importante serviço farmacêutico, de ordem gerencial, mas que qualifica o acesso aos medicamentos adequados e necessários ao usuário daquele serviço de saúde (MARIN et. al., 2003).

De forma a sistematizar essas atividades que proporcionam a disponibilização do medicamento às pessoas, em 2003, Marin e colaboradores publicaram pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) o livro “Assistência Farmacêutica para Gerentes Municipais” em que na página 130 apresentam o ciclo da assistência farmacêutica (MARIN, et. al 2003) que passa a ser objeto de estudo obrigatório a todos que tratam da Assistência Farmacêutica. Constituíram-se categorias empíricas importantes ao tema. Além da etapa relacionada à elaboração do elenco de medicamentos (seleção), também constam aquelas destinadas ao abastecimento (programação, aquisição, armazenamento, distribuição) e uma que concentra o acesso de fato ao medicamento (Utilização – que compreende a prescrição, dispensação e uso).

O momento da chegada do medicamento ao usuário se concretiza pela dispensação. Soares e colaboradores (2013) analisaram a dispensação concluindo que, embora envolva diferentes ações técnicas como a separação e entrega de medicamentos; reflexivas como a análise da prescrição; relacionais como a orientação ao usuário; ainda não tem sido capaz de

transformar de fato esses processos em um serviço. Isso pode ser reflexo dos anos de afastamento do farmacêutico da farmácia e da frágil presença do farmacêutico no atendimento aos usuários nos serviços públicos de saúde. Este quadro passou a se modificar a partir do final da década de 1980 (SANTOS, 1999; SANTOS, 2011). Mas a dispensação pode vir a ser um serviço farmacêutico estratégico, pois é abrangente, de livre acesso e constituído de técnicas e ferramentas capazes de transpor o conhecimento das ciências farmacêuticas para o benefício do outro, produzindo cuidado e, desta forma, alterando com maior assertividade o processo saúde/doença dos indivíduos e da coletividade.

Proporcionar acessibilidade aos medicamentos não foi um processo natural, embora lógico e sequencial à produção de medicamentos. Ao longo dos anos foram instituídos marcos legais e políticos que deram sustentação às ações operacionais.

No âmbito legal e político podemos citar a Lei 8.666/93 que regulamenta as compras nos serviços públicos, a Política Nacional de Medicamentos, a Política Nacional de Assistência Farmacêutica, a Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica, o Pacto de Gestão do SUS que inclui a assistência farmacêutica como um de seus blocos de financiamento, o Decreto nº 7.508/11 e a Lei nº 13.021/14. Todas essas legislações se somam para que a farmácia resgate seu papel como estabelecimento de saúde e oferte serviços aos usuários dos medicamentos.

Sob o ponto de vista operacional a criação do Departamento de Assistência Farmacêutica no Ministério da Saúde em 2003 buscou sistematizar e ordenar diferentes processos de distribuição de medicamentos existentes; a instituição do Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPPB) deu visibilidade à necessidade de acesso aos medicamentos. Sistemas de informação e gerenciamento para a assistência farmacêutica foram desenvolvidos como o Sifab (Sistema de Informação da Farmácia Básica) que caiu em desuso, passando a vigorar o sistema Hórus ou outro sistema informatizado que possa interoperar com a base nacional da assistência farmacêutica.

5.3.2.3 Uso Racional de Medicamentos

O terceiro grande eixo da Assistência Farmacêutica é a garantia do Uso Racional de Medicamentos. Não basta produzir e disponibilizar o medicamento, é necessário que seu uso seja efetivo. Para tanto o desenvolvimento de serviços relacionados ao uso dos medicamentos é imperativo, nesses serviços foca-se em processos clínicos, de cuidado, de acolhimento e escuta, onde o farmacêutico exerce seu papel de terapeuta promovendo o cuidado em saúde. Nesse sentido os farmacêuticos, há mais de meio século, vem desenvolvendo instrumentos, tecnologias e processos que constituem serviços clínicos e de cuidados para o usuário do medicamento (PEREIRA, FREITAS, 2008).

O conhecimento produzido em outros países desde a década de 1960 tem influenciado a construção da clínica e dos cuidados farmacêuticos no Brasil. Esses conhecimentos foram expostos por Pereira e Freitas em 2008: a estruturação da farmácia clínica na Universidade de São Francisco (EUA); os estudos de Hepler no final da década de 1980 estabelecendo as responsabilidades do farmacêutico junto aos usuários do medicamento, chegando junto com Strand ao conceito de atenção farmacêutica publicado em 1990; o reconhecimento pela Organização Mundial da Saúde das responsabilidades sanitárias do farmacêutico, integrante da equipe de saúde, na prevenção de doenças e na promoção da saúde; o desenvolvimento metodológico na Universidade de Granada na Espanha com a classificação dos Problemas Relacionados aos Medicamentos e, posteriormente, dos Resultados Negativos Associados aos Medicamentos a partir da década de 1990 (PEREIRA; FREITAS, 2008; GIAF-UGR, 2005; HEPLER, STRAND, 1990).

Diferente da produção de medicamentos e do acesso que sempre esteve respaldado por importantes aparatos legais, as discussões pertinentes à clínica e ao cuidado caracterizaram-se por um movimento acadêmico e profissional. Um movimento de

intercambio importante nos anos de 1990 com o Chile proporcionou a especialização em farmácia clínica de profissionais brasileiros. Posteriormente, cooperação com os Estados Unidos da América, Portugal e Espanha introduziram os conceitos de *pharmaceutical care* e da *atención farmacéutica* no Brasil e diferentes metodologias, conceitos e práticas para o desenvolvimento dos serviços farmacêuticos diretamente às pessoas. Foi então que em 2002 foi elaborada uma proposta de consenso para a atenção farmacêutica no Brasil por um conjunto de atores sociais de diferentes entidades que atuam na área (IVAMA; et. al. 2002; PEREIRA; FREITAS, 2008).

A mudança curricular ocorrida nos cursos de farmácia em 2002, apesar das resistências das disciplinas básicas e de tecnologia dura, fez com que os cursos de farmácia ofertassem em seus currículos também a formação para o atendimento ao usuário. Muitas vezes, esta formação foi vinculada à cadeira de farmácia hospitalar, mas em alguns casos estimulou a oferta de disciplinas específicas, voltadas para as práticas de assistência e atenção farmacêutica (CAMPESE; MEZZAROBBA, 2005). A produção de conhecimento na área estimulou o atendimento da diretriz da OMS de criação do Comitê Nacional para a Promoção do Uso Racional de Medicamentos no âmbito do Ministério da Saúde. O Comitê é responsável, entre outras ações, pelo Prêmio Nacional de Incentivo à Promoção do Uso Racional de Medicamentos "Lenita Wannmacher" e pela realização do Congresso Brasileiro sobre o Uso Racional de Medicamentos que vem se mantendo com sucesso e regularidade desde 2005 (CARTA DE SÃO PAULO, 2014, BRASIL, 2013).

A regulação das atividades clínicas e dos serviços farmacêuticos ficou a cargo do Conselho Federal de Farmácia e da Anvisa por meio da Resolução CFF nº 585/2013 e RDC/ANVISA nº 44/2009, respectivamente. Essas regulamentações estabelecem procedimentos, práticas e atividades que o farmacêutico pode desenvolver de modo a constituir um serviço farmacêutico (CFF, 2013; BRASIL, 2009a). Também a Lei nº 13.021/14 pode tornar-se

um elemento chave na promoção do Uso Racional de Medicamentos pendendo a farmácia mais ao cuidado do que ao consumo (BRASIL, 2014a). Embora importantes, estas regulamentações ainda não tiveram o impacto na mudança do processo de trabalho nas farmácias.

No setor público, as residências multiprofissionais e em área profissional da saúde com a presença de farmacêuticos, têm formado nos últimos 15 anos profissionais para a promoção do Uso Racional de Medicamentos, para atenção primária e em nível hospitalar com ampla discussão da clínica e do cuidado. Na atenção primária à saúde a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf) em 2008 apresentou aos farmacêuticos a oportunidade de se inserirem em uma equipe multiprofissional de apoio matricial, o que os permitiu, além da execução de atividades relacionadas à acessibilidade aos medicamentos, também as de cuidado (NAKAMURA, 2013). A partir do Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica (Qualifar-SUS), que em um de seus eixos estruturantes trata do cuidado, foram sistematizadas e desenvolvidas ferramentas e metodologias para a prática clínica e do cuidado farmacêutico no SUS. Este processo partiu da experiência prática com os farmacêuticos do Nasf da cidade de Curitiba. Esse projeto diferenciou-se dos outros por estar institucionalizado e contar com financiamento e apoio técnico específico. Talvez um dos maiores legados do projeto de cuidado farmacêutico realizado em Curitiba foi sua construção desde o início com os farmacêuticos servidores públicos estatutários. O protagonismo dos trabalhadores fez com que o apoio técnico/acadêmico e o financiamento catalisassem o processo sem causar uma relação de dependência (BRASIL, 2014b).

No âmbito hospitalar, além de experiências independentes, o desenvolvimento da farmácia clínica tem se associado a processos de qualidade obrigatórios para garantir a segurança do paciente e a conquista de acreditação hospitalar. Essa tem sido uma importante estratégia para conquistar o apoio institucional necessário ao desenvolvimento dos serviços farmacêuticos relacionados ao

cuidado e à clínica como observado em diversos trabalhos apresentados no X Congresso Brasileiro de Farmácia Hospitalar (SBRAF, 2015).

A clínica e o cuidado farmacêutico têm ascendido consideravelmente nos anos recentes no Brasil com o desenvolvimento e massificação de tecnologias e práticas. A desconcentração das experiências do âmbito acadêmico para a prática profissional, associada à regulamentação e institucionalização desses serviços tem colocado em posição de destaque serviços farmacêuticos que promovam o Uso Racional de Medicamentos.

A Assistência Farmacêutica, embora polissêmica, tem se consolidado no portfólio dos serviços de saúde no Brasil. Desenvolve-se sob os eixos da produção, do acesso e do uso dos medicamentos, em um processo dinâmico, que em seu fim devem assegurar o acesso às pessoas em necessidade de uso de medicamento, um produto de qualidade, efetivo e seguro.

5.4 CUIDADO EM SAÚDE COMO IMAGEM-OBJETIVO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Emerson E. Merhy atribui uma dimensão ao cuidado para além de procedimentos e aplicação de práticas em saúde, a qual impõe uma condição relacional intersujeitos:

no campo da saúde o objeto não é a cura, ou a promoção e proteção da saúde, mas a produção do cuidado (MERHY, 2004, p. 111).

Essa ideia é corroborada por José Ricardo C. M. Ayres que coloca o cuidado como categoria ontológica, a qual transcende ao conjunto de procedimentos e trata como:

uma compreensão filosófica e uma atitude prática diante do sentido que as ações de saúde adquirem nas diversas situações em que se reclama uma ação terapêutica (AYRES, 2009, p.42).

Assim, temos a situação futura ideal, na qual os profissionais de saúde devem pautar seu processo de trabalho ofertando serviços em um sistema de saúde capaz de produzir cuidado. Para que esse serviço produza cuidado é necessário que atenda uma necessidade do usuário. Todas as técnicas, procedimentos e conhecimentos dos profissionais de saúde somente terão valor, farão sentido, se de alguma forma, atenderem a necessidade em saúde do outro. Porém, nem todo cuidado em saúde é prestado pelo profissional de saúde, há que se considerar o cuidado em saúde não profissional e o autocuidado, também necessários à integralidade do cuidado.

Nesta tese, trataremos com maior ênfase o cuidado profissional em saúde. Nesse sentido é importante compreender o modelo de atenção à saúde adotado no Brasil. No período anterior à Constituição de 1988, era centrado no médico, no hospital e nas ações curativas. Vigorava a lógica da produção de procedimentos, sem necessariamente oferecer cuidado. Superar este modelo tem

se tornado um desafio aos gestores e trabalhadores da saúde nos últimos anos (MOROSINI; CORBO, 2007). Por isso é imperativo ao farmacêutico também desenvolver tecnologias leves e relacionais, que promovam a interação com o outro, que valorize o sujeito. Somente assim será dado sentido à profissão, que se caracterizou pelo domínio das tecnologias duras e devem fazer com que estas sejam utilizadas na produção do cuidado.

Outro fator relevante que representa mudança na forma de fazer saúde é analisar a transição epidemiológica. Percebe-se a atual predominância de doenças crônicas em função das agudas, mais prevalentes no século passado. Os dados atuais apontam um número cada vez maior de pessoas convivendo com suas doenças, com momentos de agudização (MENDES, 2010). Organizar um sistema que atenda continuamente as pessoas em suas condições crônicas e que promova a saúde constitui um dos desafios para o setor saúde no século XXI. Conviver com uma doença de forma crônica requer mudança de hábitos e rotinas que incluam o tratamento nas atividades de vida diárias (AVD). É obrigação do sistema e dos profissionais de saúde facilitar essa convivência, ofertando serviços que promovam a autonomia, a viabilidade, a efetividade e a segurança nos tratamentos.

A superação do modelo biomédico vem sendo colocada em prática a partir da definição da Estratégia de Saúde da Família (ESF) como ação prioritária para a organização dos serviços, a partir de 2004 e que em 2015 já atingia cobertura superior a 60% da população brasileira (TEIXEIRA; SOLLA, 2006; CARVALHO et al, 2016). A ESF é a forma que o Brasil adotou para organizar a Atenção Primária à Saúde (APS) em seu território consolidada a partir da Política Nacional de Atenção Básica de 2006 (BRASIL, 2006). Ela requer a necessidade de articulação entre os diferentes serviços de atenção à saúde e deve acompanhar longitudinalmente, ou seja, de forma permanente ao longo do tempo e estabelecer vínculos entre os serviços e os usuários para atender as necessidades em saúde de forma integral. Esse é um processo recente e em fase de consolidação. Neste modelo, os farmacêuticos vêm buscando um

espaço de trabalho para além da entrega do medicamento na farmácia. O trabalho busca a integração junto à equipe multiprofissional de saúde na oferta de serviços profissionais de saúde, que atendam ao maior conjunto de necessidades em saúde das pessoas e promovam a integralidade do cuidado. Para tanto ainda é necessário desenvolver, implantar, aprender e consolidar processos de trabalhos integrados e que superem a formação individualista e tecnicista hegemônica nas universidades.

A integralidade, que é um princípio do SUS, pode ser entendida em vários sentidos, conforme apresentado por Mattos (2001) e sistematizados por Pinho e colaboradores (2007). Entre os sentidos apresentados pelo autor, destacam-se:

- Necessidades de ações e serviços de saúde, que um usuário apresenta;
- Relação com a organização dos serviços;
- Definição de políticas, representando respostas governamentais a problemas de saúde específicos (PINHO, et. al. 2007).

A construção da integralidade, em todos os seus sentidos, passa pela organização dos serviços de saúde de forma integrada, constituindo Redes de Atenção à Saúde (RAS).

A organização dos serviços em rede compreende “unidades funcionais de saúde, pontos de atenção e apoio diagnóstico e terapêutico, onde são desenvolvidos procedimentos de diferentes densidades tecnológicas que, integrados através de sistemas de apoio e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (LAVRAS, 2011).

As RAS são discutidas em trabalhos dos Estados Unidos, Canadá, Europa, América Latina e Brasil. A proposta de RAS é quase centenária, já que foi feita, pela primeira vez, no Relatório Dawson, publicado em 1920. Propostas recentes, tendo origem nas experiências de sistemas integrados de saúde na primeira metade dos anos 1990 nos Estados Unidos, avançaram pelos sistemas

públicos da Europa Ocidental e para o Canadá e alguns países em desenvolvimento (MENDES, 2010). Newbould e colaboradores (2012) relataram experiências em que os sistemas integrados vêm sendo desenvolvidos, por exemplo, na Austrália e no Canadá. Na Austrália é apresentado um modelo de RAS com remuneração por planos de cuidados multidisciplinares e no Canadá, um modelo em que a avaliação de medicamentos constitui uma das cinco áreas para avaliação das necessidades de saúde dos usuários na elaboração do plano de cuidado.

A integração dos serviços, coordenada pela APS, é uma prerrogativa que vem sendo difundida mundialmente. A Organização Pan-Americana de Saúde vem produzindo documentos no sentido de colocar a clínica centrada na pessoa e na família como uma mudança necessária no modelo de atenção para o enfrentamento das condições crônicas (OPAS, 2011). No Brasil, o SUS mostra-se mais preparado para o enfrentamento das necessidades ao manejo das condições clínicas agudas e crônicas. Isso se constitui em processo complexo que envolve o desenvolvimento de práticas de autocuidado, abordagens multiprofissionais e garantia de continuidade assistencial, o que só pode ser obtido por meio de sistemas integrados (LAVRAS, 2011). Este processo requer uma reorganização do sistema de saúde, superando o modelo de clínica centrada no médico, na biologia e no uso de tecnologias de alta densidade, para um modelo centrado no usuário.

Neste contexto, os termos em inglês *compliance*, *adherence* e *concordance* possibilitam uma análise mais clara de atitudes possíveis na relação entre profissionais e usuários. Horne e colaboradores apontaram a realização do tratamento como um importante problema de saúde em seu relatório para o serviço de saúde britânico em 2005, onde apresentaram os seguintes conceitos:

Compliance: A medida em que o comportamento do paciente coincide com as recomendações do médico. No entanto, seu uso está em declínio, pois implica falta de envolvimento do paciente.

Adherence: A medida em que o comportamento do paciente combina com as recomendações acordadas do prescritor. Foi adotado por muitos como uma alternativa ao compliance, na tentativa de enfatizar que o paciente é livre para decidir se deve aderir às recomendações do médico e que a falta de fazê-lo não deve ser uma razão para culpar o paciente. A adherence desenvolve a definição de compliance, enfatizando a necessidade de acordo.

Concordance é um termo relativamente recente, predominantemente usado no Reino Unido. Sua definição mudou ao longo do tempo onde o médico e o paciente concordam com decisões terapêuticas que incorporam seus pontos de vista, a um conceito mais amplo que se estende desde a prescrição ao apoio ao paciente na tomada de medicamentos. Concordance às vezes é usado, incorretamente, como sinônimo de adesão. (HORNE et al, 2005, p.12 – tradução nossa)

A superação do modelo de clínica centrada na determinação médica requer um posicionamento crítico dos profissionais de saúde frente a *compliance*. Conceito relacionado ao cumprimento passivo pelo usuário das recomendações médicas. Esse processo também advém do comportamento dos profissionais de saúde ao atuarem de forma prescritiva unilateralmente, não permitindo à pessoa que vai realizar o tratamento expor suas dúvidas, dificuldades, anseios e experiências que podem fazer com que aquele tratamento não seja realizado (BELL et al, 2007; LEITE, VASCONCELLOS, 2003).

Por outro lado, a família tornar-se o centro do cuidado, não implica em atribuir ao doente, aos seus familiares e cuidadores a responsabilidade exclusiva sobre o processo saúde/doença. É necessário reposicionar o sentido dos serviços de saúde, que deve ser ofertado como mais um recurso, que opere na construção de projetos terapêuticos conjuntos entre profissionais e usuários, desenvolvendo cuidados possíveis. Esse processo aproxima-se do conceito de *concordance*.

O farmacêutico, além da função de prover um medicamento de qualidade, na forma, quantidade e tempo necessários, também é terapeuta e deve se co-responsabilizar pelo sucesso de um tratamento. Deve contribuir no processo de decisão sobre a melhor terapia a ser empregada, que nem sempre é a medicamentosa, mas se for, essa deve ser efetiva e atender as necessidades da pessoa que vai usa-la. Por isso é fundamental ao farmacêutico, compreender os conceitos de *compliance*, *adherence* e *concordance* relacionados à realização do tratamento.

Uma nova clínica deve ser desenvolvida pelos profissionais de saúde. Uma clínica que mude o núcleo do cuidado, onde o trabalho vivo (em ato) se sobressai sobre o trabalho morto (instrumental), por meio da produção da saúde com base em tecnologias "leves, relacionais, e a produção do cuidado de forma integralizada, operando em 'linhas de cuidado' por toda extensão dos serviços de saúde, centrado nas necessidades dos usuários" (MERHY; FRANCO, 2003).

Nesse sentido surge a clínica ampliada, de forma a transformar a relação singular entre o profissional e o usuário, se propondo a superar a hegemonia do modelo pautado no reducionismo biomédico centrado na doença (o qual tem sustentado teoricamente a clínica contemporânea), para avançar no entendimento da complexidade da produção social da doença e do sofrimento que essa provoca sobre os sujeitos (CAMPOS; AMARAL, 2007; MOROSINI; CORBO, 2007). A reorganização do trabalho deve ser executada no sentido de construir a responsabilidade macro e

microsanitária e, a partir de metodologias padronizadas, concepção epistemológica e organizacional, se reconstrói o trabalho clínico.

Ao ampliar o objeto de trabalho da clínica, busca-se a clínica do sujeito. Esta compreendida na produção de saúde por meios curativos, preventivos, de reabilitação ou cuidados paliativos; na ampliação da autonomia; na terapêutica além de fármacos e cirurgias, também para a escuta qualificada, a educação em saúde e apoio psicossocial; e o trabalho interdisciplinar e multiprofissional (CAMPOS; AMARAL, 2007). Os mesmos autores apontam para que seja possível na prática, a clínica necessitará recorrer a conhecimentos já sistematizados em outras áreas sobre o funcionamento do sujeito quando considerado para além de sua dimensão orgânica ou biológica. A prática clínica necessita de uma nova semiologia e de uma nova terapêutica. Desta forma, poderão se constituir planos terapêuticos singulares que preveem a discussão dos casos com participação da equipe multiprofissional, com a definição de estratégias e responsabilidades inerentes a cada profissão.

As ações são favorecidas pelo intercâmbio de conhecimentos, a abertura profissional e a realização de interconsultas. Outro fator destacado pelos autores é a cogestão ou gestão participativa, construída de forma dialógica, indo além da formulação e prescrição dos profissionais de saúde para os usuários e sim com a participação do usuário, estabelecendo processo de *concordance* no serviço prestado.

As farmácias e os serviços nelas prestados estão incluídos nesta reorganização do modelo de atenção. Suas funções e responsabilidades na atenção primária tem se expandido globalmente. Este é um processo em evolução e as competências do farmacêutico ainda não estão consolidadas, mas vêm progredindo nos últimos anos (KENNIE-KAULBACH, et all, 2012). No Brasil, também há necessidade de desenvolvimento de tecnologias, de práticas e de conhecimento que contribuam para a construção das ações farmacêuticas e práticas de cuidado nos serviços públicos de saúde. Os serviços farmacêuticos vislumbram a redução de

problemas de saúde pública hoje encontrados, relacionados à segurança do usuário, eficácia e eficiência dos medicamentos e custo dos tratamentos. Para isso, Soares e colaboradores (2013) incluem a clínica farmacêutica como componente da dispensação, o qual envolve rotinas específicas para otimizar o uso de medicamentos, integrante do plano terapêutico. O Uso Racional de Medicamentos (URM) deve ser visto como consequência, ação fim, do desenvolvimento de serviços farmacêuticos.

Como processo recente, a assistência farmacêutica voltada aos serviços clínicos ainda é incipiente no SUS. As ações e serviços farmacêuticos ainda são predominantemente voltados às tecnologias de produção e logísticas para o acesso ao medicamento. Algumas lacunas devem ser superadas segundo Correr, Otuki e Soler (2011), quanto a tecnologias e ferramentas relacionadas ao cuidado farmacêutico que compreende a estruturação e organização da oferta dos serviços aos usuários, identificação de grupos alvos para a ação, organização dos modelos de gestão clínica do medicamento, avaliação e acreditação desses serviços. Com o incremento do componente clínico das práticas farmacêuticas, espera-se que em qualquer campo dos serviços farmacêuticos, os profissionais tenham como Imagem-Objetivo o cuidado das pessoas.

É importante ressaltar que a clínica farmacêutica não pode nascer velha – atrelada à soberania do conhecimento tecnicista sobre a biologia e a química em que o profissional que determina o fazer do usuário, praticando o *compliance*, de forma impositiva. Deve se desenvolver como uma clínica nova, que acontece a partir do encontro entre sujeitos, que permita a interdisciplinaridade e se integre ao multiprofissional. Deve-se respeitar as experiências, as possibilidades em *concordance* com o outro.

O primeiro passo está sendo dado, com o crescimento da atuação do farmacêutico junto aos usuários. O farmacêutico quer e

está saindo de trás dos “livros de controlados⁵” e das “contagens de medicamentos⁶” para expor seus conhecimentos e práticas à disposição das pessoas. No relatório Perfil do Farmacêutico no Brasil (2015), entre os farmacêuticos que atuam em algum tipo de farmácia ou drogaria, 89,6% referiram dispensar medicamentos, 17,8% realizar serviços clínicos e 27% realizam prescrição farmacêutica (SERAFIN, CORREA JÚNIOR, VARGAS, 2015).

Um novo trabalho, integrado à equipe multiprofissional de saúde prevê o atendimento direto ou matricial. Também não se pode negar a farmácia como um estabelecimento de livre acesso, onde as pessoas procuram atendimento às suas necessidades de saúde, mesmo que seja apenas aquelas relacionadas ao consumo do medicamento, mas que pode ser a porta de entrada para o cuidado. Enquanto serviço de saúde privado, talvez as farmácias sejam os únicos serviços de porta aberta onde se concede a escuta e o atendimento por profissional de saúde de forma gratuita e direta. Já no serviço público, em geral, atende sem limites de senhas. A ambiência e os processos são precarizados, mas ainda o relacionamento interpessoal usuário-profissional é livre, mesmo que muitas as vezes exista a separação por uma grade ou outra barreira física, ainda é livre.

O Cuidado é o momento final de qualquer serviço de saúde, incluindo os serviços farmacêuticos. Mas todos os processos anteriores que possibilitam às pessoas usufruir dos produtos e conhecimentos farmacêuticos também devem ser considerados. Ao garantir os padrões técnicos necessários para que um medicamento

⁵ Livro físico ou eletrônico para escrituração dos medicamentos sujeitos a controle especial estabelecidos de acordo com a Portaria do Ministério da Saúde GM nº 344/98, no qual os farmacêuticos são responsáveis e onde dispensam importante tempo e atenção do seu processo de trabalho.

⁶ A contagem de medicamentos, inventário e outros processos relacionados ao controle de estoque de um estabelecimento farmacêutico são processos internos com intensa dedicação e atenção do farmacêuticos (MARIN, et. al. 2003).

chegue no tempo, quantidade, dosagem e apresentação necessária à sua efetividade e segurança, o farmacêutico de uma central de abastecimento farmacêutico (CAF), distribuidora ou que atue em qualquer etapa logística também está mirando o cuidado. Não é direto, talvez não seja suficiente para que aconteça. Mas é essencial para atender a necessidade em saúde que demandou aquele produto. Corroborando para que o cuidado profissional em saúde, em algum momento ocorra.

Por isso em qualquer momento, apresentar-se como farmacêutico, seja na produção, na garantia do acesso ou na clínica, em maior ou menor grau de complexidade, significa atuar na direção da produção de cuidado. Preferencialmente construído sob as diretrizes da clínica ampliada, integrando outros profissionais e os usuários dos serviços de saúde na lógica da *concordance*.

5.5 TAXONOMIAS DAS NECESSIDADES EM SAÚDE

O cuidado é uma atitude entre sujeitos permeada por práticas, técnicas, experiências, crenças e obrigações que somente acontecem em um ambiente acolhedor, com sensibilidade e empatia. Esses adjetivos podem ser percebidos em Ayres (2004), o qual identificou a produção de cuidado a partir do momento que transcendeu o protocolo da consulta médica e se permitiram (médico e paciente) alinhar suas necessidades. Enquanto profissionais de saúde somos dotados de uma prepotência prescritiva. Como é comum aos farmacêuticos orientar a melhor forma de se tomar um medicamento, considerando os parâmetros farmacocinéticos, sem antes saber as prioridades diárias do usuário. Exemplificando: às vezes nem o melhor omeprazol do mundo em monoterapia (zerando a possibilidade de interação medicamentosa), tomado em jejum, com um copo de água, todos os dias no mesmo horário, por algumas semanas irá acabar com a dor de estômago se a causa for fome. Permitir-se conhecer os diferentes processos de sofrimento, entendendo as necessidades e prioridades, permitirá ao profissional de saúde ser mais assertivo e efetivo em suas práticas.

Ao considerar a necessidade de saúde como uma categoria importante no desenvolvimento de suas ações, o profissional de saúde valoriza, ponderadamente, a racionalidade terapêutica, as preferências individuais de usuários e o contexto da comunidade. Há uma reorientação do foco da atenção, deixando de centrar nos problemas e na doença, para buscar o atendimento às necessidades que impactam na saúde das pessoas, com maior resolutividade das ações. Esta abordagem está baseada em algumas concepções teóricas a respeito das necessidades de saúde, as quais foram sistematizadas nesse capítulo.

Segundo Willard (1982) as necessidades de saúde correspondem a meios ou formas de alcançar os objetivos estabelecidos, tendo-se como resultados os desfechos pretendidos.

Stotz, citado por Cecílio (2009) coloca que *as necessidades de saúde são social e historicamente determinadas/construídas, elas só podem ser captadas e trabalhadas em sua dimensão individual.*

Cecílio (2009) discorre que considerar as necessidades das pessoas que buscam “cuidados em saúde” como fundamentais na prática profissional propicia uma melhor escuta.

Bradshaw (1972) em “*The taxonomy of social need*” foi pioneiro ao classificar as necessidades sociais. Max-Neef et al. (1998) discorreu sobre as taxonomias das necessidades humanas, onde dispôs que uma taxonomia deve atender os seguintes requisitos: ser compreensível; combinar amplitude com especificidade; ser operacional; ser crítica; e ser propositiva.

Diferentes autores também trataram do tema, propondo diferentes classificações das necessidades de saúde apresentadas como taxonomias no Quadro 2 e descritas sinteticamente na sequência com o propósito de contemplar e complementar a abordagem sobre necessidades em saúde.

Quadro 2 – Taxonomia das necessidades de saúde

Referência	Taxonomia
Bradshaw (1972)*	<ul style="list-style-type: none"> • Necessidade normativa • Necessidade sentida • Necessidade expressa • Necessidade comparativa
Cecílio (2009)	<ul style="list-style-type: none"> • Condições de vida • Acesso às diferentes tecnologias em saúde • Vínculo entre o usuário e o profissional de saúde • Autonomia do sujeito
Asadi-Lari, Packham e Gray (2003a, 2003b)	<ul style="list-style-type: none"> • Necessidade física • Necessidade de informação • Necessidade social
Andersen e Davidson (2007)	<ul style="list-style-type: none"> • Necessidade percebida • Necessidade avaliada

* Bradshaw tratou das necessidades sociais originalmente em 1972, a referência utilizada foi Bradshaw et. al. (2013)

Fonte: elaborado pelo autor

5.5.1 Necessidades sociais de Bradshaw

Os serviços são experiências em grande escala no sentido de atender aqueles em necessidade (BRADSHAW et. al., 2013, p.1), esse trecho em livre tradução da introdução que Bradshaw fez em 1972 sobre necessidades sociais aponta o sentido da realização de algum serviço. De forma a utilizar a categoria de necessidade no planejamento e gestão dos serviços, o autor propôs quatro taxonomias para as necessidades.

A necessidade normativa é aquela definida por especialista (profissional, administrador ou cientista social). Refere-se aquelas necessidades gerais, que transpõem para a realidade da área da saúde podem ser exemplificadas como o uso de antibiótico para combater uma infecção bacteriana, ou o estabelecimento de padrões nutricionais mínimos a uma população, ou até mesmo o direito ao acesso a saúde. Mas, o autor alerta que, não é absoluta, está sujeita a avaliação do especialista (BRADSHAW et. al., 2013).

Em outra direção está a necessidade sentida. É uma necessidade individual sentida, observada quando é perguntado sobre o que sente ou precisa. Bradshaw e colaboradores (2013) fazem a crítica ao observar que essa necessidade de forma isolada pode ser inadequada, pois pode levar uma pessoa a relatar necessidade apenas por estar sendo instigada sobre aquilo ou por ter conhecimento da disponibilidade da oferta de um serviço, sem realmente perceber aquela necessidade.

Já a necessidade expressa é a necessidade sentida transformada em ação. Comumente avaliada por filas de espera (BRADSHAW et. al., 2013). Essa necessidade pode ser um instrumento de ação política na definição de prioridades, implantação e manutenção dos serviços. É um desejo debatido quando se discute a implantação de um serviço farmacêutico clínico. Ao ofertar esse tipo de serviço espera-se que as pessoas

gostem e passem a demandar mais tempo e estrutura profissional para a realização do atendimento clínico farmacêutico.

A necessidade comparativa pode ser abordada tanto na implantação de um serviço quanto determinar condutas no processo saúde/doença, comparando com outro serviço ou população que já tenha aquela necessidade atendida ou instituída. Bradshaw e colaboradores (2013) abordam essa necessidade no sentido das características populacionais. Também ressaltam que há de se determinar quais os parâmetros epidemiológicos ou estágio de uma doença permitem incluir ou não uma população à necessidade do serviço.

O autor ainda aborda a correlação entre as diferentes taxonomias. Faz uma série de cruzamentos e possibilidades, das quais fica a lição de que uma necessidade não se deve avaliar sozinha. Quando uma necessidade se apresenta nas diversas taxonomias essa fica mais definida e resolutive. O balanço entre as diferentes necessidades é necessário ao cuidado.

5.5.2 Necessidade de saúde como conceito estruturante de Cecílio

As condições de vida envolvem infraestrutura urbana, moradia, condições ambientais e a variação nos dados sociodemográficos, que refletem diferentes inserções no processo produtivo e a diversidade dos determinantes do processo saúde/doença. A necessidade percebida, por exemplo, por um idoso aposentado é diferente da necessidade de um trabalhador mais jovem, assim, entre adultos, a manutenção do emprego e a busca de melhores condições de moradia são meios para alcançar alguns resultados em saúde, muitas vezes, prioritários em relação a práticas de cuidado indicadas pelos profissionais de saúde. A relação da pessoa com o meio onde vive, bem como a análise que o profissional de saúde faz das condições ambientais, sociais e

culturais, pode determinar sua necessidade por acesso aos serviços, modulando sua oferta.

Como instrumento nesse processo, conhecer o território é fundamental. A territorialização é um instrumento importante para os serviços de saúde, pois permite conhecer os aspectos geográficos, demográficos, indicadores sociais, a origem, a organização e a estrutura onde o serviço está inserido. Ao compreender o território, o profissional pode analisar melhor a necessidade de saúde, fundamentada na condição de vida dos sujeitos, e assim sustentar sua prática em habilidades e competências requeridas pela sociedade (RICIERI, et. all., 2006). Esta atividade não é comum na área farmacêutica e, muito recentemente tem sido introduzida na formação na área da saúde pública ou coletiva. Contudo, ela pode ser muito útil para a construção de um atendimento diferenciado nas farmácias. Ao realizar uma conciliação medicamentosa, é imperativo ao farmacêutico, além do conhecimento técnico sobre a farmacoterapia, também conhecer onde estão os prescritores, onde está o usuário, como eles se encontram. Isso determina a conduta e a estratégia para uma conciliação efetiva, principalmente em casos em que é sugerida uma alteração na farmacoterapia.

É fundamental conhecer os outros serviços de saúde ofertados naquele território, as características demográficas, a história do bairro, sua prevalência comercial, residencial ou industrial, se é urbano, rural ou de veraneio, o processo de loteamento e ocupação entre outras características do território. Tudo isso pode determinar as necessidades e expectativas para um serviço de saúde.

O acesso às diferentes tecnologias em saúde e sua caracterização como necessidade pressupõe poder consumir toda tecnologia de saúde que represente um meio para atingir o estado de saúde desejado, no sentido de melhorar a vida. Aqui inclui-se usar medicamentos em todas as fases da linha de cuidado, usar um serviço farmacêutico capaz de disponibilizar o medicamento e de manejar a farmacoterapia, ou conhecer e usufruir de estratégias

não farmacológicas úteis. O critério que deve nortear o uso é o benefício potencial de cada tecnologia.

O vínculo entre o usuário e o profissional de saúde deve ser entendido como *“mais do que a simples adscrição a um serviço ou a inscrição formal em um programa, significa o estabelecimento de uma relação contínua no tempo, pessoal e intransferível, calorosa”* (CECÍLIO, 2009). No encontro das subjetividades, cada usuário é diferente e, mesmo com padrões clínicos e farmacológicos semelhantes, as situações de vida são distintas. O vínculo construído ao longo do tempo é essencial para a produção do cuidado de saúde. O vínculo se constrói a partir de uma relação de confiança entre o profissional de saúde e o usuário do serviço.

O vínculo requer disponibilidade. Por ser, em sua essencialidade, um serviço de porta aberta, a dinâmica de funcionamento da farmácia, com acesso ‘livre’ aos estabelecimentos e profissionais farmacêuticos, historicamente sem barreiras físicas e comportamentais, pode ser uma vantagem para o farmacêutico em relação a outros profissionais de saúde, para estabelecer uma relação profissional-usuário com maior horizontalidade na construção de uma nova clínica. Nesse sentido, trabalhar a ambiência é fundamental para o estabelecimento do vínculo, incluindo a eliminação de barreiras. A farmácia deve resgatar sua ambiência histórica permitindo que o usuário e o farmacêutico interajam na concriação de novos valores e significados para o processo saúde/doença.

O vínculo quebra estigmas do “usuário mentiroso” ou do profissional que “vai brigar comigo”. Assim se cria ao longo do tempo uma relação verdadeira, fundamental no cuidado, inclusive na sua dimensão biológica e química. O vínculo é essencial na adesão a um tratamento, bem como na retirada de um medicamento.

O último conjunto apontado por Cecílio (2009) trata da autonomia do sujeito. Neste aspecto a informação e a educação em

saúde são componentes importantes, mas não únicos. A autonomia, segundo o autor,

implicaria na possibilidade de reconstrução, pelos sujeitos, dos sentidos de sua vida e desta resignificação ter peso efetivo no seu modo de viver, incluindo aí a luta pela satisfação de suas necessidades, da forma mais ampla possível.
(CECÍLIO, 2009, p.119)

Ao contrário do que se possa pensar, a autonomia não se constrói apenas a partir das informações dos profissionais de saúde. A pessoa em sua casa, no seu trabalho, em seus círculos sociais mantém uma infinidade de relações, que são extrínsecas aos serviços de saúde, e que lhe dão acesso a outras informações e possibilidades de cuidado e atenção. Essa dimensão da autonomia deve ser entendida e respeitada pelos profissionais, que não devem exigir dos usuários a submissão de suas vidas às técnicas estabelecidas pelos serviços de saúde.

5.5.3 A Redefinição de Necessidades de Asadi-Lari, Packham e Gray

Asadi-Lari, Tamburini e Gray (2004) criticam o conceito de necessidade abordado pelo Serviço Nacional de Saúde da Inglaterra (NHS), o qual remete à capacidade do usuário se beneficiar dos serviços de saúde. Os autores trazem ao debate o olhar do sistema de saúde em contraponto ao das pessoas por ele assistidas. Essa é uma tendência dos políticos, gestores e técnicos da saúde em determinar o que um indivíduo ou grupo social tem de necessidade em saúde. Sob influência principalmente de questões políticas e econômicas, são definidas as prioridades, os meios e as condições de acesso aos cuidados. A necessidade como capacidade de se beneficiar é uma medida de resultado, atrelada a um cenário de contenção de custos e pode determinar o que e para quem os serviços serão oferecidos, não necessariamente atendendo as

necessidades reais e particulares dos indivíduos (ASADI-LARI, PACKHAM E GRAY 2003b). Se por um lado essa interpretação das necessidades racionaliza o sistema, submetendo o usuário a procedimentos para os quais terá maior chance de sucesso ou benefício, por outro pode limitar uma oportunidade epidemiologicamente inferior de, também, se beneficiar.

Ao considerar a necessidade em saúde como um gatilho capaz de alterar os serviços de saúde, Asadi-Lari, Packham e Gray (2003a) propuseram um modelo de avaliação das necessidades denominado *Nottingham Health Needs Assessment* (NHNA). Associadas à avaliação da qualidade de vida foram propostas questões em 5 domínios: necessidades físicas, satisfação, necessidades informativas, necessidades sociais e preocupações. A satisfação e preocupações estão relacionada ao atendimento das diferentes necessidades.

A necessidade física está relacionada com a capacidade de realizar as atividades de vida diária como se locomover, realizar higiene pessoal, praticar atividades de lazer sem precisar da ajuda de outra pessoa por questões de saúde (ASADI-LARI, PACKHAM E GRAY 2003a). Ela também pode se relacionar com a dor, o sofrimento e a debilitação causada por uma doença.

A informação apresenta-se como fundamental ao cuidado e tem impacto direto na satisfação do usuário, influenciando diretamente em sua qualidade de vida. Asadi-Lari, Tamburini e Gray (2004) abordam a informação sobre o diagnóstico, prognóstico e tratamento como importantes para avaliar o grau de satisfação com o serviço. Também observam que quanto mais informado está o usuário do serviço, maior será a expectativa.

Já as necessidades sociais segundo Asadi-Lari, Packham e Gray (2003a) estão relacionadas ao acesso aos serviços de saúde, ao trabalho, a moradia, a independência financeira, à presença de amigos, parentes e cuidadores de forma prazerosa. Os impactos de um tratamento de saúde ou uma doença nessas necessidades são fatores determinantes nas necessidades de saúde. Por exemplo, em

função da concentração de serviços especializados em grandes centros, muitas vezes é necessário que um usuário perca seu emprego, mude de cidade, se desfaça de bens para acessar um tratamento de saúde. Essas transformações têm impacto direto na qualidade de vida e transformam as necessidades das pessoas.

5.5.4 As Necessidades Percebida e Avaliada de Andersen e Davidson

Por fim, Andersen e Davidson, (2007), quando tratam de necessidades avaliadas e percebidas dão a todas as categorias apresentadas anteriormente uma direcionalidade a partir dos sujeitos envolvidos. Tratam da necessidade construída aos olhos do usuário do serviço ou do profissional da saúde.

A necessidade percebida corresponde a um fenômeno social relativo à experiência e à percepção do usuário do serviço sobre sua condição de saúde e sobre o itinerário mais apropriado para obter os resultados positivos em saúde. Essa percepção é multideterminada e está relacionada ao meio no qual coexistem usuário, profissional e serviço de saúde, e às características culturais da comunidade, e autonomia do sujeito (SOARES, 2013; ANDERSEN, DAVIDSON, 2007).

A necessidade avaliada diz respeito ao comportamento do profissional de saúde, a partir de seus conhecimentos e da técnica que detém na utilização de ferramentas e instrumentos. A formação da necessidade avaliada está modulada por aspectos sociais e culturais, que contribuem para orientar as proposições dos profissionais de saúde para o usuário (SOARES, 2013; ANDERSEN, DAVIDSON, 2007).

Ter a compreensão das relações de necessidade que envolvem o usuário, o profissional e o sistema de saúde é essencial para a promoção do cuidado. Desconsiderar o que, como e o porquê da necessidade percebida pelo usuário, e limitar-se à

avaliação profissional da necessidade, aumentam as chances de que o trabalho realizado na provisão do serviço de cuidado apresente resultados insatisfatórios. Esse processo requer a convivência com dilemas morais, principalmente quando a pessoa, sujeito do processo de trabalho, se manifesta contrária ou apresenta resistência à indicação do profissional de saúde. Nesses momentos a sensibilidade, o conhecimento técnico, o vínculo e a vivência profissional tornam-se fundamentais.

Considerando a concepção de Bradshaw (2013), tornar um serviço uma necessidade passa pela tomada de decisão feita por *experts* do que será disponibilizado pelo sistema de saúde (necessidade avaliada, na taxonomia de Andersen e Davidson, 2007). No âmbito da Assistência Farmacêutica, a tomada de decisão pode envolver somente o produto medicamento, ou abranger o serviço clínico, dependendo da sustentação técnica e da força política dos *experts* responsáveis.

A associação e compreensão das diferentes necessidades permitirá que a relação farmacêutico e usuário seja capaz de produzir cuidado.

5.6 CATEGORIA ANALÍTICA DE SERVIÇOS FARMACÊUTICOS

Os Serviços Farmacêuticos têm sido tema frequente em trabalhos acadêmicos e publicações de instituições governamentais e da profissão farmacêutica. A abordagem em larga escala do termo serviços farmacêuticos traz consigo uma diversidade de usos, interpretações e origens. Faz-se necessário desenvolver o tema enquanto categoria analítica do trabalho farmacêutico. O conceito desenvolvido por Minayo (2014) que apresentou categoria analítica como:

as que retêm, historicamente, as relações sociais fundamentais, servindo como guias teóricos e balizas para o conhecimento de um objeto nos seus aspectos gerais. Elas comportam vários graus de generalização e aproximação (MINAYO, 2014, p. 178).

Nesse sentido, a epistemologia, caracterizada *como o estudo reflexivo do saber, de sua organização, de sua formação, de seu desenvolvimento, de seu funcionamento e de seus produtos intelectuais* (SILVA-ARIOLI, et. al., 2013) pode contribuir para a delimitação de paradigmas e estilos de pensamentos (TESSER, 2007). Esta concepção é importante na reflexão sobre os serviços farmacêuticos enquanto categoria analítica das ciências farmacêuticas, que tem modelado o processo de trabalho e de formação do farmacêutico no Brasil neste século.

Até chegar aos serviços farmacêuticos, partiu-se dos conceitos de serviços utilizados por Vargo e Lusch (2004):

A aplicação especializada de Competências (conhecimentos e competências) através de processos e desempenhos em benefício de

outra entidade ou a própria entidade (VARGO E LUSCH, 2004, p. 2).

A partir desse conceito Maglio e Spohrer (2008) sintetizaram serviço como *“a aplicação de competências para o benefício de outro”* em sua discussão sobre ciência do serviço. Esses autores tratam da ciência do serviço como o estudo dos sistemas de serviço, ou seja, o método, a forma, os processos e as configurações para a criação de valor que envolve quatro categorias significativas de recurso que são as pessoas, as tecnologias, as organizações e as informações compartilhadas.

Com essa fundamentação, Soares (2013) trouxe a reflexão sobre os serviços como sendo um trabalho em processo, que cria e agrega valor⁷. Em se tratando de saúde, o valor pretendido é o cuidado que atendeu a alguma necessidade dos usuários, e é nesse sentido que o serviço de saúde deve ser analisado. Esse processo pode ser tangível ou intangível. Essa concepção apoia-se em MAGLIO (2009) que fundamenta o serviço na relação entre sujeitos, em que um exerce trabalho para o outro. Os sujeitos podem ser pessoas, departamentos, empresas, instituições, entre outros, nas mais diferentes relações. Da mesma forma, um serviço pode ser abrangente ou pontual. Pode ser isolado ou compor outro serviço maior, desde que executem um trabalho que traga valor, caracteriza-se um serviço.

Os serviços farmacêuticos, embora intrínsecos ao farmacêutico desde sua origem, têm se transformado nas últimas décadas. As abordagens e conceitos de serviços farmacêuticos mais utilizados atualmente estão relacionados ao Uso Racional de Medicamentos, clínica e execução de procedimentos, como pode

⁷ O sentido de valor que se quer destacar no que tange a serviços é: de utilidade, valia; qualidade que faz com que algo se torne importante para alguém; expressão de consideração e zelo; numa comparação, aquilo que se destaca; relevância, importância, estima, consideração. (fonte: <https://www.dicio.com.br/valor/>)

ser observado no Quadro-3. As relações de forças entre o conjunto desses serviços direcionam o foco do processo de trabalho do farmacêutico. A coexistência de diferentes serviços em simbiose com ondas de maior evidência para um ou outro de acordo com o momento histórico motivou-nos a analisar as bases epistemológicas dos serviços farmacêuticos no sentido de buscar uma diretriz filosófica que simbolize seu sentido.

Quadro 3 – Conceitos de Serviços Farmacêuticos

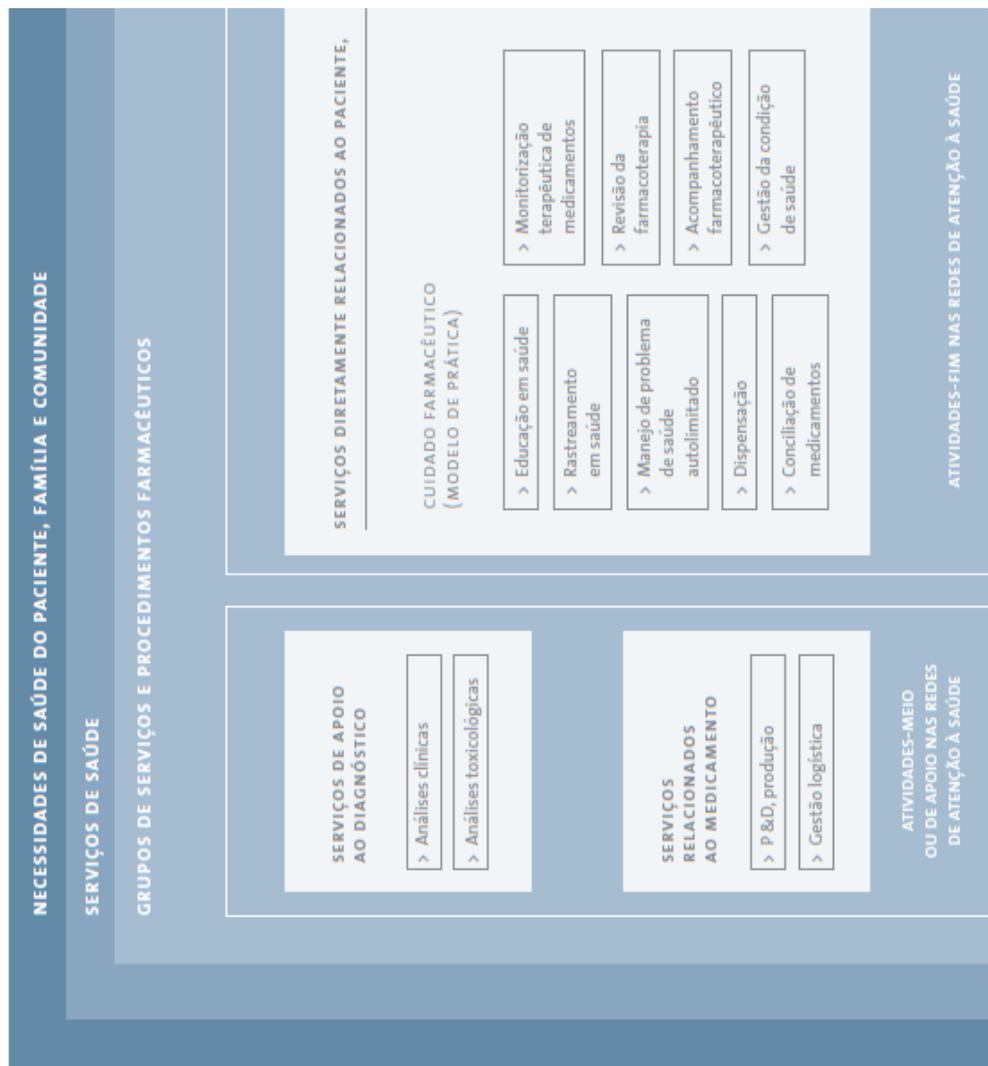
Origem	Características
<p>Anvisa – RDC nº 44, de 17 de Agosto de 2009 (BRASIL, 2009a)</p>	<p><i>Art. 61. Além da dispensação, poderá ser permitida às farmácias e drogarias a prestação de serviços farmacêuticos conforme requisitos e condições estabelecidos nesta Resolução.</i></p> <p><i>§1º São considerados serviços farmacêuticos passíveis de serem prestados em farmácias ou drogarias a atenção farmacêutica e a perfuração de lóbulo auricular para colocação de brincos.</i></p> <p><i>§2º A prestação de serviço de atenção farmacêutica compreende a atenção farmacêutica domiciliar, a aferição de parâmetros fisiológicos e bioquímico e a administração de medicamentos.</i></p>
<p>Conselho Federal de Farmácia – Resoluções nº 499 de 17 de dezembro de 2008 e nº 585 de 29 de agosto de 2013 (CFF 2008; CFF, 2013)</p>	<p><i>Resolução nº 499/08 Art. 1º - Estabelece que somente o farmacêutico inscrito no Conselho Regional de Farmácia de sua jurisdição, poderá prestar serviços farmacêuticos, em farmácias e drogarias.</i></p> <p><i>§ 1º Os serviços farmacêuticos de que trata o caput deste artigo são os seguintes:</i></p> <p><i>I - Elaboração do perfil farmacoterapêutico, avaliação e acompanhamento da terapêutica farmacológica de usuários de medicamentos; II - Determinação quantitativa do teor sanguíneo de glicose, colesterol total e triglicérides, mediante coleta de amostras de sangue por punção capilar, utilizando-se de medidor portátil; III - Verificação de</i></p>

	<p><i>pressão arterial; IV - Verificação de temperatura corporal; V - Aplicação de medicamentos injetáveis; VI - Execução de procedimentos de inalação e nebulização; VII - Realização de curativos de pequeno porte; VIII - Colocação de brincos; IX- Participação em campanhas de saúde; X- Prestação de assistência farmacêutica domiciliar.</i></p> <p>Já na Resolução 585/13, que trata dos serviços clínicos, há o reconhecimento, em seu preâmbulo, que os serviços vão além da execução de atividades: <i>As atividades correspondem às ações do processo de trabalho. O conjunto de atividades será identificado no plano institucional, pelo paciente ou pela sociedade como “serviços”. Os diferentes serviços clínicos farmacêuticos, por exemplo, o acompanhamento farmacoterapêutico, a conciliação terapêutica ou a revisão da farmacoterapia caracterizam-se por um conjunto de atividades específicas de natureza técnica. A realização dessas atividades encontra embasamento legal na definição de atribuições clínicas do farmacêutico. Assim, uma lista de atribuições não corresponde, por definição, a uma lista de serviços.</i></p>
<p>Ministério da Saúde – diretrizes para estruturação de farmácias no âmbito do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2009b)</p>	<p><i>Os serviços farmacêuticos no SUS têm a finalidade de propiciar o acesso qualificado aos medicamentos essenciais disponibilizados pela rede pública a seus usuários.</i></p> <p><i>São integrados aos serviços de saúde e compreendem atividades administrativas que têm por finalidade garantir a disponibilidade adequada de medicamentos, sua qualidade e conservação; serviços assistenciais que garantam a efetividade e segurança da terapêutica e sua avaliação, obtenção e difusão de informações sobre medicamentos e sobre saúde na perspectiva da educação em saúde e educação permanente da equipe de saúde.</i></p> <p>Esse documento apresenta dois grandes conjuntos de atividades: Serviços Farmacêuticos Técnico-gerenciais (Programação de medicamentos, Solicitação/requisição de medicamentos, Armazenamento de medicamentos e Descarte dos resíduos de serviços de saúde) e Serviços Farmacêuticos Técnico-assistenciais (Dispensação, Orientação farmacêutica, Seguimento farmacoterapêutico,</p>

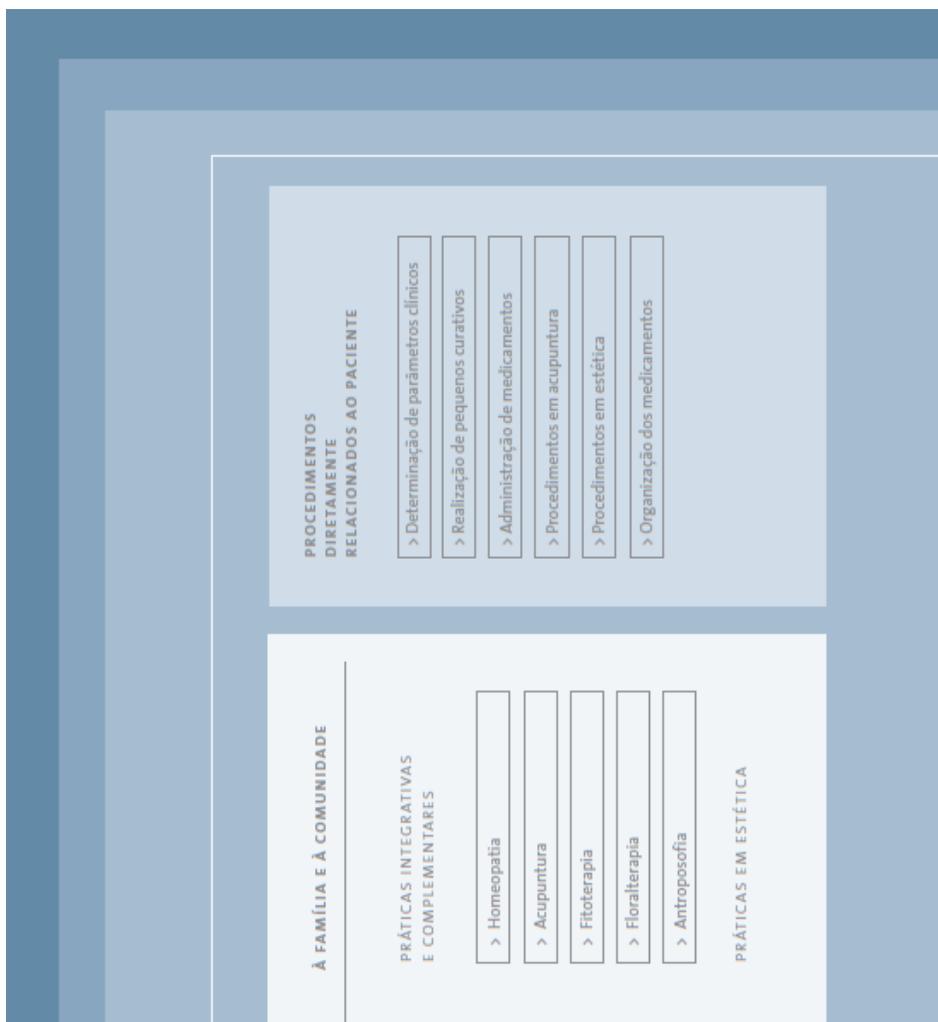
	Educação em Saúde, Suporte técnico para a equipe de saúde).
<p>Conselho Federal de Farmácia – Serviços farmacêuticos diretamente destinados ao paciente, à família e à comunidade: contextualização e arcabouço conceitual (CFF, 2016)</p>	<p><i>Serviços farmacêuticos compreendem um conjunto de atividades organizadas em um processo de trabalho, que visa a contribuir para prevenção de doenças, promoção, a proteção e recuperação da saúde, e para a melhoria da qualidade de vida das pessoas (CFF, 2016 p. 48).</i></p> <p>Este documento sistematiza a discussão que o Conselho Federal de Farmácia vem desenvolvendo relacionada aos serviços farmacêuticos, principalmente os clínicos. Nesse documento é apresentado um modelo lógico-conceitual dos serviços farmacêuticos, reproduzido na Figura 4.</p>

É importante destacar da Figura 4, que o CFF divide os serviços farmacêuticos em atividades-meio e atividades-fim. As atividades-meio são aquelas relacionadas aos serviços de apoio nas RAS enquanto que as atividades-fim são aquelas desenvolvidas diretamente aos usuários nos pontos de atenção à saúde das RAS. Esse modelo assemelha-se ao proposto por Mendes, 2010, que coloca os serviços de análises clínicas e assistência farmacêutica como rede de apoio, fazendo uma ressalva que a assistência farmacêutica também possui um componente clínico.

Figura 4 – Modelo lógico-conceitual dos serviços farmacêuticos apresentados pelo Conselho Federal de Farmácia (CFF, 2016)



(Continuação da figura 4)



Fonte: CFF, 2016.

Há que se fazer uma análise crítica dessa proposta, tendo em vista que um serviço de saúde, que realiza atividade de saúde não deve ser considerado como atividade-meio, pois sua execução é

determinante no objetivo final que é o cuidado. A realização de um exame laboratorial, bem como a distribuição de um medicamento devem estar integrados ao processo de cuidado, de forma a permitir que seus atores sociais entendam que o seu trabalho impacta diretamente no processo saúde/doença e também é capaz de produzir cuidado. Dessa forma, mesmo não tendo contato direto com o usuário, há uma responsabilidade sanitária. Esses serviços fazem sentido, criam valor e atendem a uma necessidade, não podendo, dessa forma, ser renegado a um segundo plano no sistema de saúde, sendo destituído desses serviços o senso de vínculo, atenção e cuidado.

Mas, será que as abordagens utilizadas para serviços farmacêuticos contemplam as relações sociais fundamentais e permitem generalizações à profissão farmacêutica? Não, esses conceitos estão relacionados às áreas de Assistência Farmacêutica e de medicamentos e muitas vezes direcionados aos serviços prestados diretamente aos usuários. Nesse sentido foram apresentadas abaixo três questões importantes na construção da categoria analítica de serviços farmacêuticos:

1 – Se é serviço farmacêutico, como e onde se deve localizar o farmacêutico?

Esta é a primeira questão, pois se trata de um serviço farmacêutico, logo as competências aplicadas naquele serviço devem ser comuns ao farmacêutico. Essa participação impõe que ele seja responsável ou corresponsável pelo serviço farmacêutico. Seja em um estabelecimento, em um consultório, em domicílio ou até mesmo virtualmente, é necessário que esse profissional aplique seus conhecimentos e desenvolva práticas.

Nessa concepção, o farmacêutico pode realizar diretamente um procedimento ou desenvolver uma prática, pode supervisionar e acompanhar a realização por outro trabalhador devidamente

treinado e habilitado, ou realizar uma ação em conjunto com outro profissional ou equipe de saúde.

Os serviços de saúde desenvolvidos em uma farmácia são serviços farmacêuticos. A reposição de estoque, o controle de validade e a dispensação são procedimentos que compõem o serviço de farmácia, que não necessariamente são executados pelo farmacêutico, mas este é o responsável. O farmacêutico, nesse caso, domina os conhecimentos e técnicas para garantir a qualidade, atender a requisitos legais e permitir que o medicamento chegue às mãos do usuário daquele serviço de forma segura e com qualidade. São atividades que podem ser realizadas por outro devidamente treinado e supervisionado pelo farmacêutico, sendo corresponsável por aquele ato.

2 – O trabalho é executado em benefício do outro?

Para se caracterizar enquanto serviço é necessário que o trabalho seja realizado em benefício do outro. O outro pode ser uma pessoa, empresa, instituição ou outro serviço. Deve-se ter claro que, independentemente de para quem o serviço farmacêutico é realizado, o beneficiário final será sempre o usuário do sistema de saúde, tornando-se este o objeto de trabalho do farmacêutico.

Em um processo licitatório, por exemplo, a participação do farmacêutico ao descrever os parâmetros técnicos necessários a um medicamento para que o mesmo atenda seu propósito é um serviço farmacêutico. Nesse caso, o outro é em primeira instância, a comissão permanente de licitação que realiza o edital. Em segunda instância são os serviços de saúde em que o medicamento descrito corretamente pelo farmacêutico no edital de licitação será disponibilizado. Por fim, o usuário que poderá acessar um medicamento adequado à sua condição clínica.

3 – Sua realização é capaz de alterar o processo saúde/doença das pessoas e promover o cuidado em nível individual ou coletivo?

Como característica de um serviço de saúde, ele deve alterar o processo saúde/doença das pessoas. Sendo o serviço farmacêutico integrante dos serviços de saúde, este também deve cumprir esta função.

Esse é o sentido maior de qualquer serviço farmacêutico. Produzir um medicamento, um exame, manter parâmetros de controle de estoque, mesmo que indiretamente, devem ser observados como capazes de modificar o processo saúde/doença e promover o cuidado. Da mesma forma, a orientação ao dispensar um medicamento, a orientação correta à coleta de um exame e o atendimento clínico identificando resultados negativos associados aos medicamentos são práticas que podem constituir serviços farmacêuticos por impactarem no processo saúde/doença.

Pode-se dizer que essas questões constituem diretrizes para os serviços farmacêuticos. Porém, algumas considerações se fazem importantes:

- Os serviços farmacêuticos são abrangentes, o que dificulta sua unicidade conceitual. Deve haver uma análise reflexiva e contextualizada ao utilizar os serviços farmacêuticos como categoria analítica;
- Os serviços farmacêuticos no Brasil se confundem com a assistência farmacêutica em função de sua construção histórica. Porém a assistência farmacêutica torna-se mais abrangente, pois além da sua relação com as práticas, também há o eixo relacionado às políticas públicas;
- Em função de sua amplitude é factível que haja subdivisões dos serviços farmacêuticos como as relacionadas à produção do medicamento, ao acesso e ao uso racional.

Também é imperativo aos serviços farmacêuticos pertencer ao conjunto dos serviços de saúde. Compôr um sistema de saúde atribui ao serviço farmacêutico os componentes: pessoas e organizações. O serviço farmacêutico deve estar inserido em um sistema de saúde e considerar os aspectos multiprofissionais e interdisciplinares da prática profissional na área da saúde.

Nesse sentido, é necessário trazer a concepção de núcleo e campo desenvolvida por Campos (2000):

Núcleo como uma aglutinação de conhecimentos e como a conformação de um determinado padrão concreto de compromisso com a produção de valores de uso. O núcleo demarcaria a identidade de uma área de saber e de prática profissional; e o campo, um espaço de limites imprecisos onde cada disciplina e profissão buscariam em outras apoio para cumprir suas tarefas teóricas e práticas (CAMPOS, 2000 p.220).

O núcleo contempla aquilo que é característico de uma profissão, como a farmacotécnica aplicada a um medicamento, enquanto o campo compreende aquilo que é comum a diferentes profissões, mas que uma ou outra profissão terá mais habilidade, sensibilidade, propriedade ou prioridade para observá-la. Essa relação de núcleo e campo é permanente e quanto mais bem alinhada entre os profissionais, maior será a assertividade daquele serviço proposto. Essa relação de campo e núcleo promove o desenvolvimento de tecnologias e compartilhamento de informação, que são os outros dois componentes essenciais a um serviço.

Como exemplo temos a dispensação executada pelo farmacêutico e pelo técnico de enfermagem, espera-se que em função do núcleo de saberes e práticas do farmacêutico, este desenvolva esse trabalho com mais propriedade dando sentido e valor diferente àquele serviço. Na dispensação o farmacêutico realiza uma avaliação técnica da prescrição, o fornecimento do

medicamento e um atendimento clínico, no qual em poucos minutos observa potenciais problemas de prescrição, de necessidade, de efetividade e de segurança do medicamento. Da mesma forma um farmacêutico pode prescrever um analgésico, porém espera-se que o médico, em função de seu núcleo de saberes e práticas, o faça com maior assertividade. Esse é um debate difícil e que muitas vezes revela atitudes absolutistas entre os profissionais, expondo um processo colaborativo e integral ao retrocesso do corporativismo individualista e da clínica prescritiva.

Embora o trabalho em equipe seja exceção, está em expansão com a constituição de equipes multiprofissionais tanto na APS com os Nasf e em nível especializado. É imperativo que os profissionais de saúde passem a trabalhar juntos, cada um respeitando o núcleo de saber do outro, mas construindo práticas no campo de maneira interdisciplinar e complementar.

A partir dessas diretrizes, pode-se encaminhar o entendimento que o serviço farmacêutico, enquanto categoria analítica, deve ser observado como a aplicação de competências de responsabilidade do farmacêutico em benefício do outro. Em seu processo é capaz de mudar ou alterar direta ou indiretamente o processo saúde/doença das pessoas em nível individual ou coletivo e que tem por objetivo final produzir cuidado. O serviço farmacêutico deve estar inserido em um sistema de saúde e compor processos multiprofissionais e interdisciplinares. Ele envolve pessoas e organizações, produz tecnologias e compartilhamento de informação. Pode ser realizado isoladamente ou em conjunto, onde o farmacêutico executa ou supervisiona diretamente uma atividade a qual domina. Pode utilizar-se de diferentes técnicas, conhecimentos, instrumentos e tecnologias para compor um procedimento e desenvolver o trabalho que culminará no serviço farmacêutico.

Vislumbra-se a possibilidade de extrapolar a aplicação desse entendimento a outras áreas de atuação do farmacêutico. Porém essa tese delimita-se nas ações relacionadas a assistência farmacêutica no âmbito do SUS.

Um serviço farmacêutico é diferente da execução técnica de práticas e procedimentos. Ele deve constituir-se de um conjunto de características que tem como resultado final o cuidado.

6 RESULTADOS

6.1 OPORTUNIDADES PARA OS SERVIÇOS FARMACÊUTICOS A PARTIR DE PROBLEMAS PRIORITÁRIOS DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

Na última década observou-se um aumento significativo no número de farmacêuticos contratados para atuar nos serviços públicos de saúde nas três esferas de governo, municipal, estadual e federal. Estes profissionais desenvolvem atividades variadas de acordo com a realidade local, refletidas em algumas publicações pontuais. Análises mais abrangentes, a partir de dados nacionais são escassas, provavelmente em função da dificuldade de obtenção de dados. (CARVALHO et. al., 2016). A experiência com o Curso de Gestão da Assistência Farmacêutica – EaD, o qual envolveu farmacêuticos de todo o país e cujas atividades didáticas possibilitaram a obtenção de informações de diferentes realidades, tem se apresentado como uma referência interessante para análise. Neste contexto, o presente capítulo apresenta os resultados da análise de uma atividade de priorização de problemas relacionados com a assistência farmacêutica, desenvolvida no Curso, como uma oportunidade para a oferta de serviços farmacêuticos nos serviços públicos de saúde.

Introdução

A Assistência Farmacêutica, a partir da Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF) foi considerada um eixo estruturante do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2004). Em 2015, o orçamento do Ministério da Saúde para estratégias voltadas ao acesso a medicamentos ultrapassou os 14 bilhões de reais, mais do que 12% de seu orçamento (NASCIMENTO-JÚNIOR et. al. 2016). Para atender a demanda crescente na área de Assistência Farmacêutica, na última década o Ministério da Saúde atuou incisivamente em educação permanente nesse setor. Foram

financiadas e desenvolvidas diferentes estratégias que envolveram cursos de curta duração, aperfeiçoamento e especialização.

Um dos focos da educação permanente em Assistência Farmacêutica no SUS foi a gestão. Uma dessas realizações foi o Curso de Gestão da Assistência Farmacêutica – EAD (GAF), financiado pelo Ministério da Saúde, desenvolvido na modalidade a distância. O curso foi ofertado em duas edições entre 2010-2015, com o objetivo principal:

Formar profissionais com uma visão crítica sobre a realidade do trabalho em saúde, que atuem em prol da gestão da assistência farmacêutica, considerando as necessidades sociais. Busca-se, acima de tudo, a qualificação do farmacêutico para a gestão dos serviços e das políticas, com competência de liderança, criatividade e comprometimento com os resultados do seu trabalho e do sistema de saúde. (GAF, 2016)

Nas duas edições efetuaram a inscrição 9.866 farmacêuticos que atuavam nos serviços públicos de saúde, nas três esferas de gestão de todo o Brasil, dos quais 4.244 foram matriculados. Esses farmacêuticos estavam distribuídos na primeira e segunda edição, respectivamente, em 700 e 525 municípios de todos os estados brasileiros.

Por ser um curso de gestão, esse tema foi transversal e permeou todos os conteúdos e atividades do Curso. Os participantes do Curso estavam lotados em áreas administrativas ou gerenciais da assistência farmacêutica e em setores operacionais como Centrais de Abastecimento Farmacêutico (CAF) e farmácias entre outros. O conceito de gestão norteador do Curso aplica-se a qualquer espaço, sendo compreendido como “*um processo técnico, político e social capaz de produzir resultados*” (GUIMARÃES et. al., 2004; BARRETO, GUIMARÃES, 2010; GUIMARÃES, LEITE, 2011)

Por se tratar de um curso destinado aos farmacêuticos do SUS, realizado pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)

que é uma universidade pública e com financiamento público houve um compromisso pedagógico de desenvolver conteúdos e atividades que refletissem e contribuíssem na melhoria das práticas e serviços farmacêuticos no SUS. Entre essas atividades, houve uma destinada à operacionalização de um processo de planejamento chamada Plano Operativo (PO). Esse fundamenta-se no Planejamento Estratégico Situacional (PES) de Carlos Matus. Sua proposta pressupõe a construção por diferentes atores sociais de um plano para enfrentar um problema prioritário relacionado à Assistência Farmacêutica de onde os farmacêuticos matriculados no Curso atuavam. A escolha do problema priorizado compreendia a realização de uma oficina/reunião de trabalho com os diferentes atores sociais, onde eram elencados diferentes problemas relacionados ao foco da Assistência Farmacêutica daquele local. Com a relação de problemas, os mesmos eram submetidos a uma matriz de priorização considerando sua magnitude, transcendência, vulnerabilidade, urgência e factibilidade, onde o problema de maior pontuação era o escolhido para o desenvolvimento do PO (BARRETO, et. al., 2016).

A elaboração do PO foi estruturada pedagogicamente em etapas:

- Definição do foco: escolha de um local, serviço ou atividade da assistência farmacêutica inserido em um território e que compõe o sistema de saúde que se comunica com diferentes atores sociais.

- Momento Explicativo do PES – Fase I: identificação e priorização de problemas para o foco definido. É uma atividade onde participam os diferentes atores sociais que atuam direta ou indiretamente com o foco escolhido. Tem como produto o problema priorizado e seus descritores para o qual será elaborado o PO.

- Momento Explicativo do PES – Fase II: explicação do problema priorizado com o diagrama da espinha de peixe. Define-se a imagem-objetivo, causas e consequências do problema priorizado.

- Momento Explicativo do PES – Fase III: revisão dos dados referentes a explicação do problema. Tem como produto a matriz de explicação do problema finalizada e revisada, incluindo a causa e consequência convergente.

- Momento Normativo do PES: responde ao que deve ser realizado para chegar a imagem-objetivo. Estabelece as operações e ações necessárias, bem como os objetivos geral e específicos daquele plano.

- Momento Estratégico do PES: considerando que o momento normativo aponta o que deve ser realizado, o momento estratégico analisa o que pode ser realizado. Faz uma análise de viabilidade e factibilidade para a realização do plano, apontando déficits e propondo operações e ações estratégicas para corrigir o déficit encontrado.

- Momento Tático-Operacional do PES: apresenta a matriz final do plano. Nela estão contidos os objetivos, operações, ações recursos, responsabilidades, prazos e indicador de avaliação e monitoramento do plano.

Todos os momentos do planejamento partem do problema priorizado, sendo esse considerado o principal problema para o foco da assistência farmacêutica definido por um conjunto de atores sociais envolvidos naquele processo. Dessa forma os problemas priorizados no PO refletem o entendimento dos farmacêuticos e outros atores sociais que participaram do processo sobre as necessidades para a Assistência Farmacêutica naquele local, indicando como esses problemas se apresentam e as perspectivas para os serviços farmacêuticos. Assim, o objetivo desta etapa do estudo foi identificar os potenciais serviços farmacêuticos a partir dos problemas prioritários relacionadas à Assistência Farmacêutica no SUS elencadas pelos atores sociais que atuam nessa área, construindo a identidade dos serviços farmacêuticos a partir da realidade do sistema público de saúde brasileiro.

Metodologia

Trata-se de uma análise dos problemas priorizados extraídos dos PO-GAF, desenvolvido entre 2010-2015, ofertado nas duas edições do Curso.

Para chegar ao problema priorizado cada estudante seguiu os procedimentos disponíveis em tutoriais e no conteúdo referente ao PO disponível no Ambiente Virtual de Ensino e Aprendizagem (AVEA) do Curso. A priorização de problemas consta da Fase I do Momento Explicativo do PO. A metodologia desenvolvida foi publicada por Barreto e colaboradores (2016) e segue as seguintes instruções:

- Definição do foco do PO;
- Identificação dos atores sociais envolvidos direta ou indiretamente com o foco definido;
- Convite, organização e realização de uma oficina/reunião de trabalho para elaboração do PO, com a participação dos atores sociais;

Foi orientado que todas as etapas do PO fossem realizadas em conjunto com os atores sociais, exceto a definição do foco. O PO poderia ter sido desenvolvido em uma ou várias oficinas com um produto específico. O primeiro produto foi a identificação do problema priorizado, que seguiu as seguintes instruções:

- Debate com os atores sociais sobre quais atividades eram desenvolvidas pelo/no foco do PO;
- Identificação de situações-problemas naquele foco;
- Elaboração da lista de problemas;
- Pontuação de cada problema, por cada participante da oficina/reunião de acordo com os parâmetros do Quadro 4;

- Soma da pontuação de cada problema, considerando todos os participantes. O problema que obteve a maior pontuação foi considerado o problema priorizado.

Quadro 4 – Parâmetros para priorização de problemas do PO segundo Barreto et. al 2016.

	Magnitude	Transcendência	Vulnerabilidade	Urgência	Factibilidade
Pontos	Tamanho (afeta a quem?)	Interesse em resolver	Reversão (tendo os recursos é fácil de resolver?)	Espera (Se não intervir no problema há agravamento da situação?)	Existem recursos disponíveis?
0	O problema não afeta ninguém	Esse problema não gera interesse na resolução	Mesmo com os recursos disponíveis não será resolvido	Não tem pressa	Não há recursos disponíveis de nenhuma ordem (materiais, humanos, físicos, financeiros e políticos)
1	Afeta poucas pessoas	Para poucos é interessante resolvê-lo	Será muito difícil resolver o problema mesmo com os recursos disponíveis	Pode esperar um pouco	Os recursos disponíveis são escassos
2	Afeta algumas pessoas	É interessante que esse problema seja resolvido	Há possibilidade de resolução do problema se os recursos estiverem disponíveis	Deve ser resolvido o mais cedo possível	Existem alguns recursos disponíveis, porém insuficientes
3	Afeta muitas pessoas	Muitos se interessam para a resolução deste problema	Há grande possibilidade de resolução do problema caso os recursos estejam disponíveis	Deve ser resolvido com alguma urgência	A maior parte dos recursos são possíveis
4	Afeta a grande maioria das pessoas	Há um interesse geral na resolução deste problema	Com os recursos disponíveis o problema será resolvido facilmente	É necessária uma ação imediata	Existem recursos suficientes para a resolução do problema

Fonte: BARRETO et al, 2016.

Para a elaboração desse capítulo da tese, foram utilizadas informações constantes no banco de dados do Curso. Esse processo se deu a partir do projeto “Serviços farmacêuticos desenvolvidos no âmbito do Sistema Único de Saúde e a capacitação na modalidade EaD”, que foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina sob o parecer nº 1.231.402 de 16/09/2015.

Como método específico para esta análise seguiu-se a proposta de análise de conteúdo sistematizada por Minayo (2014) e Triviños (1987) fundamentados em Laurence Bardin (1979) que designou, de modo geral, análise de conteúdo como:

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens. (BARDIN, 1979, p. 42)

As etapas realizadas foram:

1. Pré-análise

Refere-se a organização do material. Nesta etapa acontece a leitura flutuante, que é uma leitura geral do material que será analisado recolhendo as impressões e orientações do texto (TRIVIÑOS 1987; BARDIN, 1979). Bardin relata que as missões dessa fase são "a escolha dos documentos a serem submetidos à análise, a formulação das hipóteses e dos objetivos e a elaboração de indicadores que fundamentem a interpretação final" (BARDIN, 1979, p. 95).

Para a análise nesse capítulo foram reunidos dados de 2.473 PO, postados no Ambiente Virtual de Ensino e Aprendizagem (AVEA) na 1ª e 2ª edições do Curso. Foi elaborada uma Planilha do Microsoft Excel (.xlsx) com as seguintes informações: o código do

sujeito (farmacêutico estudante do Curso), o número da edição do curso e o problema priorizado. Com a lista de problemas relacionada, foi possível realizar a leitura flutuante apontando tendências para a categorização que viria a ser realizada.

A partir dos problemas prioritários da Assistência Farmacêutica, supõe-se que os serviços farmacêuticos possam contribuir para a resolução dos mesmos considerando a realidade da Assistência Farmacêutica no SUS.

2. Exploração do material

Essa fase já se inicia na fase pré-analítica. *“Consiste essencialmente de operações de codificação, desconto ou enumeração, em função de regras previamente formuladas”* (BARDIN, 1979, p.101). Minayo (2014) diz que essa fase busca *“alcançar o núcleo de compreensão do texto”*, nela, completa a autora, *“o investigador busca encontrar categorias, que são expressões ou palavras significativas em função das quais o conteúdo de uma fala será organizado”* (MINAYO, 2014, p.317).

Nessa fase os problemas priorizados foram lidos repetidas vezes de forma a identificar a ideia central de cada problema. Por exemplo, *“Uso indiscriminado de medicamentos por parte dos usuários da farmácia básica do município”* na qual a ideia central foi uso indiscriminado de medicamentos. As ideias centrais estavam relacionadas à expressão que indicava o problema. Exemplo: uso inadequadamente/incorretamente, falha em..., alto ou baixo número de..., faltar algo.

Com a identificação das ideias centrais, tornaram-se objeto de análise os problemas relacionados à Assistência Farmacêutica (n. 2.421). Foram excluídos 52 problemas: aqueles que não puderam ser classificados em virtude de erro na extração ou que não apontavam um problema; problemas relacionados a atividades de graduação em Farmácia e os relacionados a outros temas como

serviços de laboratório, órteses e próteses e código sanitário municipal.

Com o número de problemas a serem analisados definidos, foi realizada uma pré-categorização que resultou em 40 termos, que foram agrupados em 15 categorias, incluídas em 4 domínios.

3. Tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação:

Essa etapa se inicia com a submissão dos dados brutos a operações estatísticas simples (BARDIN, 1979). Neste caso foram calculadas as frequências de cada categoria. Em seguida o analista reflete e interpreta, a fim de estabelecer relações com as concepções iniciais ou estabelecer novas dimensões teóricas e interpretativas (TRIVIÑOS, 1987; MINAYO, 2014). Além do conteúdo manifesto no material analisado, também é necessário desvendar o conteúdo latente. Segundo Triviños *“o primeiro pode orientar para conclusões apoiadas em dados quantitativos [...]; o segundo abre perspectivas, sem excluir a informação estatística, muitas vezes, para descobrir ideologias, tendências etc.”* (TRIVIÑOS 1987, p. 162)

A análise realizada proporcionou relacionar os problemas categorizados com os serviços farmacêuticos. Para tanto, a cada categoria foram respondidas as seguintes questões: Qual a responsabilidade que pode ser atribuída ao farmacêutico? Para quem o serviço deverá ser desenvolvido? O trabalho farmacêutico é capaz de produzir valor, alterando o processo saúde/doença e produzindo cuidado?

Resultados

Os problemas priorizados extraídos dos 2.421 PO analisados resultaram em 15 categorias, agrupadas em 4 domínios apresentados na Tabela 1.

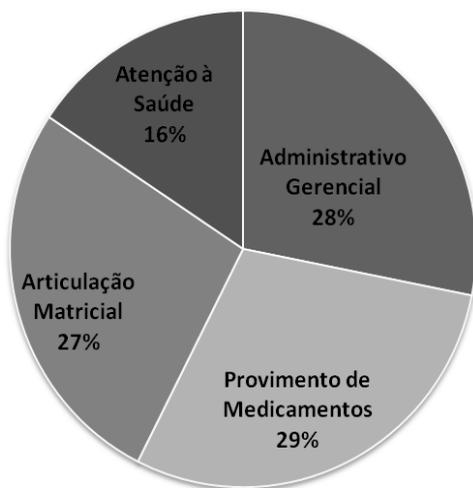
Tabela 1 – Categorias de problemas prioritizados relacionados à Assistência Farmacêutica a partir dos Planos Operativos dos Cursos de Gestão da Assistência Farmacêutica – EAD

Categorias	n.	%
Administrativo Gerencial	681	28,1
Estruturação	486	20,1
Planejamento e administração da Assistência Farmacêutica	165	6,8
Judicialização	30	1,2
Provisionamento de Medicamentos	710	29,3
Abastecimento de medicamentos	419	17,3
Armazenamento de medicamentos	130	5,4
Distribuição de medicamentos	82	3,4
Aquisição de medicamentos	79	3,3
Articulação Matricial	651	26,8
Gestão de processos interdisciplinares da Assistência Farmacêutica	278	11,5
Ferramentas de suporte terapêutico	162	6,7
Falha na linha de cuidado	124	5,1
Necessidade de educação permanente	87	3,6
Atenção à Saúde	379	15,6
Promoção do Uso Racional de Medicamentos	156	6,4
Acolhimento e orientação ao usuário	114	4,7
Dispensação de medicamentos	57	2,4
Atenção Farmacêutica	52	2,1
TOTAL	2421	100

As três categorias mais frequentes foram: Estruturação (20,1%), Abastecimento de medicamentos (17,3%) e Gestão de Processos Interdisciplinares da Assistência Farmacêutica (11,5%). Destaca-se que cada uma delas pertence a um domínio diferente. Somadas as três constituem 48,9% dos problemas prioritizados.

O Gráfico 1 apresenta a distribuição por domínio dos problemas priorizados. Cada domínio compreende um conjunto de serviços farmacêuticos que possuem o mesmo beneficiário direto. Para o domínio Administrativo Gerencial o beneficiário direto é a administração pública como um todo, ou seja, a secretaria de saúde, hospital ou outra instituição. O domínio de provimento de medicamentos tem como beneficiário direto aqueles serviços, estabelecimentos ou setores responsáveis por introduzirem o medicamento no sistema de saúde e disponibilizá-lo no ponto de atenção no tempo e em condições adequadas para a sua utilização. O domínio Articulação Matricial tem como beneficiário direto a equipe de saúde. O domínio Atenção à Saúde tem como beneficiário direto o usuário ou cuidador, que também são beneficiários indiretos relacionados aos outros domínios.

Gráfico 1 – Distribuição dos problemas priorizados relacionados à Assistência Farmacêutica a partir dos Planos Operativos dos Cursos de Gestão da Assistência Farmacêutica – EAD por domínio.



O Gráfico 1 aponta para um certo equilíbrio entre os domínios abordados, com menor frequência para o domínio Atenção à Saúde.

Discussão

Domínio Administrativo Gerencial

O domínio Administrativo Gerencial corresponde aos problemas que envolvem a direção/coordenação da assistência farmacêutica. Em geral, a gestão desse setor é exercida a nível central de uma instituição ou secretaria de saúde.

Os serviços farmacêuticos contribuem no campo administrativo gerencial da assistência farmacêutica produzindo e analisando informações relacionadas à demanda, consumo e perfil farmacoepidemiológico em um determinado território. Técnicas de programação de medicamentos são fundamentais na tomada de decisão para o dimensionamento de estrutura física, recursos humanos, dispersão ou concentração de um serviço.

A categoria *Estruturação* foi a mais frequente. Os problemas a ela vinculados relacionam-se com os termos: estrutura física, falta de farmacêutico, trabalhadores insuficientes, financiamento, informatização, além de outros problemas de estruturação não especificados ou que abrangiam mais de um termo. A estruturação envolve processos necessários a dar condições para o desenvolvimento dos serviços relacionados à Assistência Farmacêutica. A estruturação da Assistência Farmacêutica, a partir dos anos 2000, tem sido objeto de diferentes publicações institucionais que apontam sua necessidade e papel estratégico na organização e efetividade do SUS (MANZINI et. al., 2015; CONASS, 2011; BRASIL, 2009b). O Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no SUS (QUALIFAR SUS) está dividido em

quatro eixos, sendo pelo menos três deles relacionados à estruturação, seja pela disponibilização de recursos para melhorar a estrutura física no eixo estrutura, apoio à informatização no eixo informação e à qualificação de recursos humanos no eixo educação (CONASS, 2014; COSTA, NASCIMENTO JR, 2012). O farmacêutico tem papel fundamental na quantificação, qualificação das necessidades estruturais, desenvolvendo e analisando indicadores. Esses indicadores podem relacionar, por exemplo o número de medicamentos dispensados, a quantidade de profissionais, o número de farmácias em relação à população atendida ou atendimentos realizados. Também pode levar aos níveis decisórios de gestão a discussão da ambiência, da qualidade do atendimento e satisfação do usuário fundamentados na estrutura disponível. A informatização é uma variável estratégica para a estruturação e desenvolvimento dos serviços farmacêuticos, por meio dela é possível obter dados para construção de indicadores de monitoramento e avaliação que devem orientar outros processos de planejamento, estruturação e execução dos serviços (COSTA, NASCIMENTO JR, 2012).

A Judicialização da Assistência Farmacêutica é um fenômeno complexo e multifacetado. Envolve aspectos dos direitos sociais, da integralidade e acesso universal. Resolve lacunas não atendidas pelos componentes básico, estratégico e especializado da Assistência Farmacêutica, mas também desconstrói critérios e evidências científicas, efetividade e segurança nos processos de escolha terapêutica (CARVALHO; LEITE, 2014; PEPE, et al, 2010; MARQUES; DALLARI, 2007). Embora tenha sido priorizado apenas 30 vezes, o processo de judicialização mobiliza a Assistência Farmacêutica de forma transversal, pois uma ação judicial implica em processos de aquisição, programação e dispensação extraordinários. É papel do farmacêutico analisar as ocorrências judiciais dando suporte ao gestor público referenciando opções terapêuticas disponíveis de forma não judiciais, realizando análise técnica de critérios de segurança e efetividade e prestando uma dispensação qualificada e atendimento clínico ao usuário que

vislumbra resultados positivos de seu tratamento independentemente de ser um processo judicial ou não.

A categoria de *Planejamento e Administração da Assistência Farmacêutica* refere-se a problemas relacionados aos aspectos gerais da Assistência Farmacêutica em um determinado território. Inclui a elaboração de indicadores, monitoramento, planejamento, avaliação, distribuição dos serviços no território, estratégias para garantir o acesso aos medicamentos e serviços farmacêuticos. A Assistência Farmacêutica é estruturante em qualquer âmbito do setor saúde. Não se opera com resolutividade um hospital, uma rede de saúde, uma unidade básica ou uma emergência se não houver uma estratégia que possibilite o acesso e uso dos medicamentos. Para tanto é necessário que a Assistência Farmacêutica esteja presente na estrutura organizacional das instituições da saúde. Ela deve ser integrada à rede de serviços, porém deve dotar de capacidade de gestão entendida como:

capacidade de formular projetos, políticas e normas legais; pelas condições técnicas e administrativas (recursos humanos, materiais e financeiros), que representam as condições logísticas para a execução e por sua capacidade de articular e de mobilizar alianças e parcerias, assim como recursos políticos e estratégicos, no sentido de assegurar as condições políticas para a busca dos objetivos perseguidos por meio das políticas, dos planos e dos programas.
(GUIMARÃES et. al., 2004, p. 1645)

Para se desenvolver os projetos, políticas e normas relacionadas à Assistência Farmacêutica e aos medicamentos é eminente a responsabilidade do farmacêutico. Nesse sentido é importante que em sua formação esse profissional desenvolva competências técnicas para identificar, propor e analisar indicadores e planos, propor, desenvolver e divulgar processos que melhorem a gestão pública e, conseqüentemente, a qualidade dos serviços de saúde prestados às pessoas.

As variáveis relacionadas nesse domínio têm como beneficiário direto as instituições públicas ou privadas. Ao contar com uma Assistência Farmacêutica estruturada, com um plano estratégico e com um sistema de monitoramento e avaliação, promovem a assertividade e a eficiência na promoção do acesso e uso racional dos medicamentos, corroborando no processo de construção de resultados satisfatórios dos serviços de saúde.

Domínio do Provimento de Medicamentos

Esse talvez tenha sido o grande desafio da Assistência Farmacêutica no SUS: prover os medicamentos necessários à integralidade do cuidado, de forma efetiva, segura, seguindo os princípios dos medicamentos essenciais e de evidência como orientadora de conduta (WANNMACHER, 2012). Nesse domínio concentram-se as tecnologias, processos e procedimentos relacionados ao ciclo logístico da Assistência Farmacêutica (MARIN, et. al. 2003), ou à Assistência Farmacêutica como um sistema de apoio nas Redes de Atenção à Saúde (MENDES, 2010) ou às atividades Técnico-gerenciais publicadas pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2009b). Em qualquer uma das abordagens, o objetivo final é prover o medicamento em um determinado ponto de atenção, ou seja, que as pessoas em necessidade de uso do medicamento possam obtê-lo, na quantidade suficiente, na forma farmacêutica adequada e que o mesmo atenda critérios de qualidade necessários à efetividade e à segurança para o seu uso.

Os problemas de Abastecimento de Medicamentos corresponderam a 17,3% (419) das prioridades, segunda categoria mais frequente. A ideia central *desabastecimento*, ou seja, a falta de medicamentos foi encontrada em 324 problemas. Os outros problemas dessa categoria corresponderam ao abastecimento irregular ou de quantificação, relacionados ao cronograma e frequência das entregas e programação de medicamentos. O *desabastecimento* de medicamentos é um problema multifatorial e

envolve problemas logísticos, políticos, fiscais/alfandegários e de desenvolvimento tecnológico (ROSA, REIS, PERINI, 2016).

Esse é um problema concreto de grande relevância para o sistema de saúde, pois independente da governabilidade dos atores sociais. Embora algumas de suas causas estejam fora da governabilidade de um serviço local de saúde, outras relativas aos processos de aquisição, programação e distribuição podem ser objeto para o desenvolvimento de serviços farmacêuticos em qualquer âmbito. Ao analisar os resultados da PNAUM, Oliveira et. al. (2016) identificaram que 94,3% das pessoas com mais de 20 anos portadoras de doenças crônicas obtiveram acesso a todos os medicamentos que necessitavam, porém Tavares et. al. (2016) ao analisar a mesma base de dados concluíram que 47,5% conseguiram todos os medicamentos de forma gratuita e 32,3% não obtiveram nenhum de forma gratuita. Uma das consequências da falta de medicamentos é a descontinuidade no tratamento, aumentando o risco de agudização de um processo crônico ou agravamento de uma doença aguda. Por isso, a preocupação e a relevância desse problema para o sistema de saúde.

É responsabilidade do farmacêutico identificar, analisar e informar o desabastecimento. O profissional tem papel central no desenvolvimento de tecnologias, rotinas, procedimentos para manter a regularidade no abastecimento, alinhar as necessidades dos usuários, do sistema e dos profissionais à relação de medicamentos e sua viabilidade. Pode criar rotinas, capacitar e realizar uma programação de medicamentos eficaz, utilizando técnicas para quantificar os medicamentos necessários a um determinado ponto de atenção à saúde. Orientar prescritores e usuários sobre outras fontes para obtenção dos medicamentos e alternativas terapêuticas em caso de desabastecimento. Os serviços relacionados ao abastecimento têm como beneficiários a gestão do sistema, a equipe de saúde e os usuários diretamente. Acompanhar, estar presente e ser proativo em ações relacionadas ao desabastecimento é determinante na evolução e controle de uma doença.

A categoria de aquisição de medicamentos com 3,3% dos problemas relacionados corresponde a demora, falha, dificuldade e ineficiência na aquisição de medicamentos, além de problemas com fornecedores e do processo licitatório. A aquisição no setor público é regulada pela Lei 8.666/93 e suas atualizações. Essa lei estabelece regras e ritos que visam proporcionar ampla concorrência pautada no menor preço e também em critérios de qualidade. O processo de aquisição de medicamentos é coordenado por uma comissão de licitação que envolve diferentes setores do ente público. Um dos grandes desafios na aquisição de medicamentos é o estabelecimento de critérios de qualidade sem ferir outras regras de legislação. Nesse sentido, Luiza e colaboradores (1999) sugerem ações que visam qualificar o processo de aquisição: conhecer o fornecedor e os produtos, estabelecer regras claras e cumpri-las e constituir um sistema de compras onde o comprador é facilmente identificado.

Em todas essas ações os serviços farmacêuticos podem contribuir antes, durante e após a licitação. É de sua responsabilidade a indicação de regras para o credenciamento de fornecedores, que inclui solicitação de licença sanitária, boas práticas de fabricação para cada tipo de medicamento a ser adquirido, registro e autorizações de comercialização. Também cabe ao farmacêutico indicar a descrição do medicamento que será publicada e julgada no edital estabelecendo a dosagem, forma farmacêutica e outras características que façam com que o medicamento adquirido atenda a necessidade do serviço de saúde. O farmacêutico deve monitorar e informar o setor responsável sobre incompatibilidades relacionadas aos fornecedores como atrasos, entregas de medicamentos fora das especificações ou condições de transporte, para que sejam tomadas as providências estabelecidas na licitação. Dessa forma, os serviços farmacêuticos na aquisição são essenciais para que o ente público possa adquirir medicamentos com qualidade e respeito à legislação, e assim chegarem aos pontos de atenção no tempo, quantidade e qualidade necessárias ao tratamento das pessoas (LUIZA et. al, 1999).

A categoria de armazenamento de medicamentos corresponde a processos relacionados às condições de armazenamento, controle de estoque, balanços e inventários, recebimento de medicamentos e rede de frios (geladeira, controle de temperatura e umidade). Os problemas relacionados à estrutura para armazenamento foram contabilizados em *Estruturação*. Portanto, essa categoria trata de processos, tecnologias leves que podem melhorar a qualidade do armazenamento, evitando erros e desperdícios nas centrais de abastecimento farmacêutico e também nos pontos de atenção à saúde.

O recebimento e armazenamento são constituídos por uma série de procedimentos que visam garantir a qualidade dos medicamentos, evitam perdas por validade ou alteração na estabilidade ou outros processos que podem alterar a segurança no uso dos medicamentos (MARIN et. al. 2003; PINTO, 2016). Os processos relacionados ao armazenamento de medicamentos são competências fundamentais na formação do farmacêutico. É sua responsabilidade elencar os procedimentos, capacitar equipe de apoio, supervisionar, analisar e arquivar registros de recebimento, controle de estoque, temperatura e umidade, bem responsabilizar-se por inventários e balanços nos estoques de medicamentos. Esses processos realizados com sucesso garantem economia aos cofres públicos e qualidade do medicamento entregue às pessoas, permitindo assim, que o medicamento esteja em condições de exercer seu papel terapêutico se prescrito, dispensado e utilizado corretamente.

A última categoria relacionada ao *Provimento de Medicamentos* é a *Distribuição de Medicamentos*. Embora seja observada como uma etapa simples, que se destina a levar o medicamento de uma central de armazenamento a um ponto de atenção, a distribuição constitui-se de uma série de processos internos que garantam a reposição dos medicamentos nos pontos de atenção nas especificações, tempo e quantidades adequadas, com lotes e validades organizados, garantindo a qualidade e eficácia

no transporte. Existem diferentes técnicas e processos para escolher um sistema de distribuição, mas todos devem:

garantir rapidez na entrega, por meio de um cronograma factível de ser realizado sem atrasos, nas quantidades e produtos corretos e com a qualidade desejada, transportados de acordo com suas características e segurança. (PINTO, 2016, p. 5)

A autora ainda complementa que a distribuição deve ser monitorada por indicadores e seu processo inclui uma relação de confiança, evitando estoques paralelos e desnecessários nos pontos de atenção à saúde (PINTO, 2016).

O farmacêutico tem responsabilidade na oferta e definição do sistema de distribuição, critérios, frequência para pedidos e reposições. Deve ser flexível a necessidades programadas e extraordinárias requisitadas pelos pontos de atenção à saúde, de forma a garantir que a pessoa em necessidade de medicamento, possa fazer uso em tempo, quantidade e qualidade adequados.

O Provimento de Medicamentos é um domínio complexo e especial quando se trata de um produto como o medicamento. Existem inúmeras tecnologias, procedimentos e processos nos quais o farmacêutico da Assistência Farmacêutica deve dominar e estar apto a aplicar, capacitar, supervisionar e monitorar afim de garantir que o medicamento chegue em quantidade, qualidade e especificidade aos pontos de atenção à saúde, pronto para ser dispensado e utilizado da melhor forma possível e assim intervir no processo saúde/doença de forma efetiva e segura.

Domínio Articulação Matricial

Esse é o domínio mais desafiador aos serviços farmacêuticos, pois trata de um conjunto de serviços essencialmente interdisciplinar e multiprofissional. Correspondeu a 26,89% (651)

dos problemas priorizados, equiparando-se aos domínios *Administrativo Gerencial e Provimento de Medicamentos*, que à primeira vista estão mais relacionados a um Curso de Gestão da Assistência Farmacêutica.

Neste domínio a inserção da Assistência Farmacêutica é transversal no processo de cuidado, fundamentada no suporte técnico-pedagógico, na clínica ampliada e na construção da integralidade. Campos (1999), colocou que os processos matriciais podem estar organizados em modelo que ele chama de tradicional proposto por Neuhauser na década de 1970 ou como suporte técnico-pedagógico. O primeiro inclui uma integração matricial na estrutura tradicional dos serviços de saúde, por exemplo, o controle de infecção hospitalar. O segundo reformula a organização tradicional dos serviços e propõe profissionais de apoio à equipe de referência assegurando uma retaguarda especializada no âmbito assistencial e técnico-pedagógico (CAMPOS, 1999; CAMPOS; DOMITTI, 2007).

A primeira categoria a ser analisada é a *Falha na Linha de Cuidado*. A linha de cuidado atravessa inúmeros serviços de saúde, compondo um circuito no qual a pessoa percorre para ter sua necessidade em saúde atendida (CECÍLIO, MERHY, 2003). Foram identificados problemas relacionados com outros serviços da linha de cuidado, mas que são perceptíveis e tem impacto direto nos serviços farmacêuticos. Fazem parte os problemas relacionados a erros de prescrição, prescrição de medicamentos fora de listas de referência, falta de exames e consultas, além de problemas relacionados aos serviços de administração dos medicamentos. O farmacêutico tem a responsabilidade de identificar, informar e produzir mecanismos que contribuam na resolução dos problemas relacionados à linha de cuidado. Contribui ao sistema de saúde e aos usuários ao propor processos mais eficazes, minimizando exames e consultas desnecessárias, falhas terapêuticas por não acesso e otimização do itinerário terapêutico.

De maneira integrada à linha de cuidado, as *Ferramentas de Suporte Terapêutico* são instrumentos fundamentais à decisão

clínica e construção de processos de cuidado. Essa categoria constitui-se de problemas relacionados a definição de elenco de medicamentos, diretrizes, protocolos e procedimentos operacionais padrão. Observa-se a relevância de se constituir, atualizar, divulgar e dar sentido a ferramentas como a relação de medicamentos e protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas ao observar o Decreto 7.508/11, que regulamenta a Lei Orgânica da Saúde que dedica a seção II do capítulo da Assistência à Saúde a esse tema (BRASIL, 2011a). O farmacêutico deve ser protagonista na organização dessas ferramentas, buscando sua viabilidade, fundamentação técnica, apoio institucional e participação multiprofissional, além de dar visibilidade e suporte técnico-pedagógico para o uso dessas ferramentas. Há de se observar que não se trata de engessar ou limitar as opções terapêuticas, mas sim orientá-las sob critérios de efetividade, segurança, acesso e economia para os usuários e para a sociedade.

A categoria, *Gestão de Processos Interdisciplinares da Assistência Farmacêutica*, com 278 (11,5%) problemas relacionados foi a terceira mais frequente entre todas as variáveis estabelecidas. Trata da articulação, organização, processos de trabalho, relacionamento, comportamentos e comunicação entre e sobre os setores e profissionais; da instituição e funcionamento da Comissão de Farmácia e Terapêutica e da farmacovigilância; do suporte técnico para realização de atividades específicas; e do trabalho em equipe. É essencialmente matricial e interdisciplinar. Pode utilizar-se de estratégias como o apoio institucional, que para Pereira Júnior e Campos (2014):

pode facilitar diálogos, mediar conflitos, ampliar as possibilidades de reflexões e trazer ofertas relevantes para o processo de trabalho e para a cogestão. Diferentemente das tradicionais “assessorias” e “consultorias”, o apoiador não faz pela ou para as equipes, e sim com as equipes, apoiando a análise, elaboração e planejamento de tarefas e projetos de intervenção. Assim, compromete-se com as equipes e não somente

com a alta direção da instituição, sem deixar de trazer diretrizes dos níveis superiores da gestão e analisar o contexto externo ao grupo – como diretrizes orçamentárias, políticas e organizacionais. (PEREIRA JÚNIOR, CAMPOS, 2014, p. 896)

É importante ressaltar que esses processos são horizontais e a maioria deles não compreende o núcleo de conhecimento farmacêutico. Porém estão presentes em processos da Assistência Farmacêutica ou que possui participação do farmacêutico, e nesses casos, práticas e conhecimentos do núcleo de saberes farmacêuticos podem contribuir decisivamente na melhoria da qualidade de processos interdisciplinares, tornando o sistema mais harmonioso e humanizado para profissionais e usuários.

A última categoria desse domínio refere-se à *Necessidade de educação permanente*. Embora todos os outros culminem, ou dediquem uma parte à educação permanente, 87 (3,6%) problemas trataram especificamente da qualificação e treinamento para farmacêuticos, equipe da farmácia e equipe de saúde; formação para atuar nos estabelecimentos e serviços de assistência farmacêutica. Assim:

A educação permanente em saúde constitui estratégia fundamental às transformações do trabalho no setor para que venha a ser lugar de atuação crítica, reflexiva, propositiva, compromissada e tecnicamente competente. (CECCIM, 2005 p. 976)

O mesmo autor ainda complementa que a educação permanente em saúde deve ser descentralizada e disseminada (CECCIM, 2005). Nesse sentido além de ações estratégicas e em grande escala, como as promovidas pelo Ministério da Saúde na última década para a Assistência Farmacêutica (NASCIMENTO-JÚNIOR, 2006), as ações de educação permanente junto a equipe de saúde, organizadas em nível local são fundamentais. Elas devem englobar os processos, normalizações e técnicas da Assistência Farmacêutica e do Uso Racional de Medicamentos. Nesse momento

o farmacêutico presta serviço à equipe de saúde, dispondo seu núcleo de conhecimento e suas afinidades à melhoria da qualidade dos serviços prestados pela equipe aos usuários.

A articulação matricial é essencial para o desenvolvimento de um sistema de saúde em rede, integral e resolutivo. Uma estratégia governamental para incorporação desses processos é o modelo dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf), que deve equilibrar-se entre o cuidado especializado e o suporte técnico-pedagógico às equipes de referência (TESSER, 2016). Mas para ofertar um serviço resolutivo e integrado, o farmacêutico deve ir além, deve estar presente, munir-se de informações técnicas, claras e objetivas e dispor seu núcleo de conhecimento na construção da interdisciplinaridade compondo processos de trabalho resolutivos e com qualidade e segurança para os usuários dos serviços de saúde.

Domínio Atenção à Saúde

O domínio de Atenção à Saúde refere-se aos problemas priorizados relacionados a ações e serviços desenvolvidos diretamente com os usuários. Optou-se por essa terminologia em virtude do entendimento de que os serviços farmacêuticos pertencem aos serviços de saúde prestados em pontos de atenção à saúde, inseridos em um sistema organizado em redes de atenção (LAVRAS, 2011), somado a Araújo e colaboradores (2017) que relacionam o ponto de atenção à saúde para a Assistência Farmacêutica como estabelecimento, setor ou área onde o farmacêutico desenvolve atividades clínicas ou de cuidado direto aos usuários.

É importante retomar que o tema central do Curso que gerou as informações do banco de dados analisados era a gestão e, ainda assim, 379 (15,6%) dos problemas priorizados pelo conjunto de atores sociais estiveram relacionados aos serviços em que o farmacêutico se encontra diretamente com as pessoas usuárias do

sistema de saúde e desenvolve ações clínicas e de cuidado. Nesse domínio discute-se a responsabilização direta do farmacêutico na produção de cuidado e tem o usuário como beneficiário direto dos serviços oferecidos e que devem ser capazes de intervir positivamente no processo saúde/doença proporcionando acolhimento, orientação, atenção, dispensação e o uso racional dos medicamentos.

A primeira categoria elencada foi o *Acolhimento e Orientação ao Usuário* que correspondeu a 114 (4,7%) dos problemas. Essa categoria atende os problemas relacionados a filas, cadastros e documentação dos usuários, regularidade na retirada de medicamentos, satisfação do usuário, a orientação sobre os processos da assistência farmacêutica e sobre os medicamentos além da organização e avaliação de ações de educação em saúde.

Essa é uma categoria transversal e essencial em todo o processo de cuidado, pois trata da recepção, atendimento, escuta qualificada e da troca de informação e orientação entre profissional e usuário do serviço. Esses são processos de rotina e ajudam a caracterizar as equipes generalistas de saúde da família (TESSER, 2016), mas quando se trata de estabelecimentos farmacêuticos, essas funções também são de competência do profissional farmacêutico. Independentemente do local em que aconteça, ele deve responsabilizar-se pela ambiência, pelo acolhimento e pela qualidade das orientações promovendo um cuidado humanizado às pessoas em necessidade de saúde.

A categoria de *Atenção Farmacêutica* tratou da falta ou inadequação dos serviços clínicos farmacêuticos, da implantação de procedimentos clínicos como seguimento farmacoterapêutico, atendimento domiciliar, consulta farmacêutica, conciliação medicamentosa, acompanhamento longitudinal do usuário; relação do profissional com o usuário; desfechos clínicos. Todos esses processos advêm da evolução histórica da farmácia clínica, passando pelo *pharmaceutical care* de Hepler e Strand nos Estados Unidos e a *Atención Farmacéutica* como método Dáder desenvolvido na Espanha (PEREIRA; FREITAS, 2008).

No Brasil se desenvolve em âmbito hospitalar e ambulatorial onde o farmacêutico interage diretamente, e na maioria das vezes individualmente, com o usuário ofertando atendimento clínico com vista ao estabelecido na proposta de consenso brasileiro de Atenção Farmacêutica:

É a interação direta do farmacêutico com o usuário, visando uma farmacoterapia racional e a obtenção de resultados definidos e mensuráveis, voltados para a melhoria da qualidade de vida. Esta interação também deve envolver as concepções dos seus sujeitos, respeitadas as suas especificidades bio-psico-sociais, sob a ótica da integralidade das ações de saúde (IVAMA; et. al. 2002).

Outra categoria no domínio da Atenção à Saúde é a *Dispensação de Medicamentos*, que envolve os problemas relacionados: análise da prescrição, separação, conferência, entrega e registro dos medicamentos; ao preparo profissional para entregar e orientar sobre o uso do medicamento; e a apresentação e qualidade dos medicamentos disponibilizados às pessoas.

Embora minimizada, às vezes esquecida por profissionais e teóricos que colocam em cheque seu caráter clínico e promotor de cuidado (ARAÚJO et. al., 2017; SOARES, et. al. 2014), é na dispensação que tradicionalmente acontece a interação entre os farmacêuticos (provedores do serviço) e os pacientes ou cuidadores (usuários do serviço), resultando em um processo de trabalho de concriação de valores (SOARES et al., 2014). Mesmo que isso tenha se perdido por algum tempo, com a reocupação pelo farmacêutico de suas responsabilidades na farmácia, a dispensação torna-se uma oportunidade, para o esclarecimento de alguma dúvida que ainda reste sobre o tratamento e o uso do medicamento antes que o *pharmakon* passe da guarda profissional ao seu destinatário final, que fará uso brevemente. É na dispensação o último contato entre o profissional da saúde e o usuário ou cuidador antes de iniciar ou prosseguir um tratamento medicamentoso, e nesse momento deve acontecer o cuidado.

Por fim, a *Promoção do Uso Racional de Medicamentos* com 156 (6,4%) dos problemas priorizados. Essa categoria corresponde a: sobra, desperdício, vencimento de medicamentos pelos usuários; problemas de adesão, descontinuidade e não realização do tratamento; uso incorreto e indiscriminado do medicamento; intoxicação medicamentosa; consumo de medicamentos; dificuldade na administração e no uso do medicamento; automedicação. Todos esses problemas contradizem o que a OMS propôs em 1985, que para o Uso Racional de Medicamentos é necessária uma prescrição correta, de um medicamento eficaz, de qualidade e seguro, que seja disponibilizado a um custo acessível e utilizado na dose e intervalos prescritos pelo tempo necessário (OMS, 1986).

Sendo assim, é responsabilidade do farmacêutico fazer uso de conhecimentos e ferramentas para proporcionar aos usuários e cuidadores melhores condições para o uso eficaz, seguro, na posologia e tempo necessários a cada condição de saúde, intervindo positivamente no processo saúde/doença.

Esse último domínio compreende os serviços farmacêuticos prestados diretamente ao usuário, pressupõe o uso de tecnologias leves e leve-duras, utilizando de estratégias de comunicação, acolhimento além de avaliações clínicas a fim de possibilitar ao usuário e cuidadores o uso racional dos medicamentos. Assim o usuário poderá usufruir dos benefícios do seu uso quando necessário, estando atento e minimizando os efeitos indesejáveis e iatrogênias que possam ser causadas por um tratamento farmacológico falho.

Considerações finais

A relação de problemas priorizados na construção do Plano Operativo do Curso de Gestão da Assistência Farmacêutica, pelo conjunto de atores sociais envolvidos com a Assistência

Farmacêutica proporcionou um material rico e complexo para o desenvolvimento dos serviços farmacêuticos.

Os problemas priorizados foram sistematizados em quatro domínios que concentram processos e cenários afins. Porém, essa conformação não é estática, não devendo ser considerada de forma segmentada. Cada local, instituição ou estabelecimento tem uma forma de organização, uma estrutura e trabalhadores disponíveis. Mas em todas as conformações há espaço para o desenvolvimento de serviços farmacêuticos que possam contribuir decisivamente na resolução dos problemas da Assistência Farmacêutica.

Houve um equilíbrio nos domínios apresentados. Porém, com relação às categorias, a estruturação e o desabastecimento de medicamentos continuam sendo as mais prevalentes prioridades para a Assistência Farmacêutica. Por outro lado, começa a se destacar a necessidade de práticas interdisciplinares, relacionais, de articulação e integração entre o farmacêutico, o núcleo de Assistência Farmacêutica e a equipe de saúde que presta cuidado direto às pessoas.

Os resultados demonstraram a abertura da perspectiva para um novo olhar no processo de trabalho farmacêutico, sem deixar a responsabilidade com a acessibilidade ao medicamento de lado, mas incorporando o apoio matricial às equipes de referência, seja por meio de ações especializadas ou pelo suporte técnico-pedagógico.

Também deve-se destacar a necessidade de se avançar no desenvolvimento de estratégias de comunicação, interação e informação entre o farmacêutico e a equipe de saúde e, entre o farmacêutico e o usuário. Isso se faz necessário para dar visibilidade e efetividade aos instrumentos e ferramentas de suporte terapêutico.

Deve-se refletir e detalhar cada domínio e categoria elencada, identificando processos e ferramentas possíveis que possam ser ofertados e aplicados junto aos gestores, profissionais e usuários da saúde. Os serviços farmacêuticos constituídos devem

concriar valores que reflitam na melhoria da acessibilidade aos medicamentos e no seu uso racional, sempre tendo em vista o usuário do sistema de saúde como beneficiário final. Que a produção de cuidado em saúde se torne o valor primordial dos serviços farmacêuticos.

6.2 SERVIÇOS FARMACÊUTICOS NA SELEÇÃO E AQUISIÇÃO FITOTERÁPICOS PARA O COMPONENTE BÁSICO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO SUS: DESAFIOS E REFLEXÕES⁸

A Fitoterapia tem sido tema de políticas e ações públicas nos últimos 20 anos, o que permitiu a inclusão de 12 fitoterápicos na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais. Porém, poucos são de fato, os fitoterápicos disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde à população. O êxito nos processos de seleção e aquisição de medicamentos são fundamentais para a garantia da oferta destes produtos. Isso ocorre a partir do desenvolvimento de serviços ofertados aos gestores, profissionais e usuários da saúde que permitam a seleção, programação, aquisição, prescrição e uso de forma segura e eficiente dos fitoterápicos, produzindo cuidado em saúde. A oportunidade de desenvolver um trabalho em um consórcio intermunicipal de saúde que adquire medicamentos, incluindo 03 fitoterápicos a base de: *Mikania glomerata* Sprengl, *Maytenus ilicifolia* Mart. e *Glycine max* possibilitou a realização de um estudo de caso sobre serviços farmacêuticos relacionados à fitoterapia. Este tipo de estudo propicia analisar uma situação particular com maior profundidade, apontando como as práticas e os processos relacionados à competência profissional do farmacêutico podem beneficiar o sistema e os usuários da saúde.

⁸ Texto base do artigo submetido: CAMPESE, MARCELO; CARVALHO, MELISSA MELLO DE; FARIAS, MARENI ROCHA. Serviços farmacêuticos na seleção e aquisição fitoterápicos para o Componente Básico da Assistência Farmacêutica no SUS: desafios e reflexões. **Revista Brasileira de Plantas Mediciniais**. [submetido em junho de 2016, em fase final de revisão pela revista].

Introdução

Nos últimos trinta anos o Sistema Único de Saúde (SUS) é a política de Estado que regulamenta, planeja, executa e avalia as ações de saúde no Brasil. Nesse sentido são desenvolvidos diferentes serviços que buscam garantir a integralidade do cuidado em todos os níveis de atenção com acesso universal (BRASIL, 1990).

Os serviços devem se caracterizar por uma relação entre sujeitos, onde há realização de trabalho em função do outro, produzindo um novo valor (MAGLIO et al., 2009). A partir dessas concepções, um serviço farmacêutico deve pressupor atividades e procedimentos desenvolvidos pelo processo de trabalho do farmacêutico gerando um novo valor, que tem por finalidade intervir de forma positiva no processo saúde/doença produzindo cuidado. Em síntese, é a aplicação das competências sobre responsabilidade do farmacêutico em benefício do outro.

Em sua diversidade de serviços, o SUS possibilita o desenvolvimento dos serviços farmacêuticos de forma transversal em diferentes pontos de atenção à saúde ou de apoio terapêutico (LAVRAS, 2011). Destacam-se os vinculados à Assistência Farmacêutica e a Atenção Primária à Saúde (APS), onde procedimentos dos serviços farmacêuticos que envolvem plantas medicinais e/ou fitoterápicos podem se inserir, até mesmo se constituindo um serviço específico. A associação entre esses pontos da rede de saúde é estratégica, tendo em vista que é na APS onde tem se desenvolvido diversas experiências de fitoterapia no SUS (SANTOS et al., 2011).

A fitoterapia foi um tema abordado em diferentes conferências nacionais de saúde como a 8ª e 10ª. Na 10ª Conferência Nacional de Saúde, foi proposta a incorporação e introdução da fitoterapia no SUS (BRUNING et al., 2012). As motivações para a inserção da fitoterapia podem ser de diversos sentidos, dentre eles, o recurso terapêutico que representa a possibilidade de resgate e valorização de saberes populares,

incentivos a preservação e estudo da biodiversidade brasileira, além de representar estímulo à agroecologia e ao desenvolvimento social. As formas para sua implantação podem ser por meio de farmácias vivas, hortas comunitárias, farmácias de manipulação, dispensação de medicamentos fitoterápicos entre outras (ANTONIO et al., 2013).

Desde o início do século 2000 foram desenvolvidas políticas de saúde, nas quais a fitoterapia foi considerada. Dentre essas se destacam a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) por meio da Portaria GM Nº 971/06 e a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PNPMF) pelo Decreto Presidencial Nº 5.813/2006 (BRASIL, 2009c). Como ações para fomentar a implantação da fitoterapia no SUS encontra-se a inclusão de medicamentos fitoterápicos na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename), que desde 2012 mantém 12 fitoterápicos habilitados a serem adquiridos pelo componente básico da assistência farmacêutica (BRASIL, 2012b).

Contudo, a inserção da fitoterapia como prática terapêutica no SUS ainda é incipiente. O acesso ao fitoterápico é essencial à consolidação dessa prática. Ao prescrever um fitoterápico, o mesmo deve ser disponibilizado no tempo hábil, na forma adequada, na quantidade necessária ao tratamento completo e a um custo acessível ao sistema de saúde e usuários.

A inclusão de fitoterápicos na Rename representa uma forma eficaz de estabelecer a fitoterapia no SUS. Permite obter fitoterápicos por meio de um sistema consolidado de seleção e aquisição de medicamentos, dispensados no mesmo local onde são disponibilizados outros medicamentos do componente básico da assistência farmacêutica. Desta maneira, possibilita o acesso às pessoas que utilizam desse recurso terapêutico nos processos de saúde/doença. Porém, para que isso ocorra, diferentes serviços farmacêuticos são fundamentais. Nesse capítulo, buscou-se analisar as diferentes atividades e procedimentos farmacêuticos determinantes na criação de valor para os serviços de seleção e aquisição de fitoterápicos para o Componente Básico da Assistência

Farmacêutica do SUS caracterizando-os como serviços farmacêuticos.

Metodologia

Trata-se de um estudo de caso sobre os serviços farmacêuticos na seleção e aquisição de fitoterápicos para o Componente Básico da Assistência Farmacêutica no SUS, desenvolvidos a partir de um projeto técnico elaborado para o curso de Pós-Graduação em Gestão em Saúde da Universidade Federal do Paraná, com enfoque nas dificuldades para a aquisição de medicamentos fitoterápicos para o componente básico da assistência farmacêutica. Foi realizada uma releitura das informações obtidas nos serviços farmacêuticos relacionados à seleção e aquisição de medicamentos fitoterápicos.

O estudo de caso, segundo Moretti-Pires (2011), é um método em pesquisa qualitativa que objetiva uma análise situacional e *se caracteriza pela avaliação detalhada de poucas unidades, aprofundando suas características e detalhando os processos*. O mesmo autor cita que o estudo de caso segue quatro fases afirmadas por Chizzotti em 1991: (i) plano de pesquisa, (ii) trabalho de campo, (iii) organização de registros e (iv) redação do relatório (MORETTI-PIRES, 2011).

No plano de pesquisa foi definido o tema ‘fitoterapia no SUS’, as diferentes formas de inserção da fitoterapia no SUS e definindo como um de seus pontos críticos a aquisição dos fitoterápicos. Para esse texto analisou-se quais atividades e procedimentos o protagonismo farmacêutico gera atributos de valor aos serviços de seleção e aquisição de medicamentos?

A unidade de estudo foi o Consórcio Paraná Saúde, o qual possui expertise em seleção e aquisição de medicamentos (CONSÓRCIO PARANÁ SAÚDE, 2016). O trabalho de campo se deu a

partir da análise documental e troca de informações com atores sociais envolvidos no processo de aquisição de medicamentos.

Os registros foram categorizados e analisados com aporte teórico obtido em literatura especializada. Para este capítulo foi realizada uma releitura dos registros com o objetivo de identificar os serviços farmacêuticos realizados e as potencialidades para os mesmos, pois o projeto técnico tratou da descrição das atribuições do consórcio e da fitoterapia no SUS propondo ações que promovessem a fitoterapia nos processos relativos ao consórcio. Nesse sentido foi necessária uma nova abordagem para analisar as contribuições dos serviços farmacêuticos relacionadas a seleção e aquisição de fitoterápicos no SUS.

Por fim, para a redação, foi utilizado um diagnóstico situacional da unidade de estudo no que tange o tema fitoterapia e em seguida foram pautadas ações que caracterizem os serviços farmacêuticos vinculados à seleção e aquisição de fitoterápicos.

O desenvolvimento do trabalho foi autorizado pela unidade de estudo.

Resultados e discussão

Diagnóstico Situacional

A unidade de estudo é um consórcio intermunicipal constituído há mais de 10 anos como estratégia para a aquisição de forma centralizada de medicamentos e gerenciamento de recursos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica. Em 2014 estavam consorciados 391 municípios. Em 2011 o consórcio adquiriu 1,1 bilhões de unidades, considerando todo o elenco de medicamentos. Em sua gestão, conta com um conselho fiscal e outro deliberativo.

Por se tratar de um serviço concentrado, destaca-se na rede de atenção à saúde pela qualificação do serviço prestado devido a

sua especialização e o ganho em escala (MENDES, 2011). A aquisição é realizada por meio de pregão eletrônico. O consórcio é responsável por realizar a aquisição de medicamentos em todas as suas fases (elaboração do edital até o pagamento), recebimento da programação dos municípios e organização da distribuição. Por meio da farmacovigilância faz a interface com a vigilância sanitária estadual. São utilizados recursos estaduais, federais e alguns municípios também transferem sua contrapartida para a compra de medicamentos pactuados na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) estadual (CIB). A centralização de recursos permite ao consórcio ganho em escala, adquirindo medicamentos com custo abaixo do praticado no mercado.

Embora constem 12 fitoterápicos na Rename, o Consórcio contempla em seu elenco apenas três conforme descrito na Tabela 2. A escolha se deu por pactuação nas Secretarias de Saúde estadual e municipais, de acordo com a necessidade terapêutica local e viabilidade de fornecedores.

Tabela 2 – Especificações quanto aos fitoterápicos adquiridos pelo Consórcio Paraná Saúde

Medicamento fitoterápico	Especificações exigidas	Quantidade de metabólito secundário mínimo por ml ou mg	Quantidade adquirida	Média de preço por cápsula ou ml
<i>Mikania glomerata</i> Sprengl – Guaco	Frasco de solução oral com no mínimo 120mL e no máximo 150mL, com lacre de segurança e dosador graduado	Não especificado*	600.000 frascos no 1º semestre de 2013	R\$ 1,86 por frasco
<i>Maytenus ilicifolia</i> Mart. – Espinheira santa	Cápsula ou comprimido em blisters com embalagem de no máximo 600 cápsulas/comprimidos ou frasco com no máximo 60 cáp/cp em embalagem primária ou secundária de acordo com o Ministério da Saúde.	13mg a 20mg de taninos	400.000 cápsulas no 1º semestre de 2013	R\$ 0,22 por cápsula
<i>Glycine max</i> L. – Isoflavonas de soja	Cápsula ou comprimido em blisters acondicionado em embalagem com no máximo 600 cáp/cp ou frasco com no máximo 60 cáp/cp em embalagem primária ou secundária de acordo com o Ministério da Saúde.	40% de isoflavonas por cápsula ou comprimido	1.500.000 cápsulas e comprimidos adquiridos no ano de 2012	R\$ 1,03 por cápsula/ Comprimido

* No caso do guaco vale o Item 17.18 do Regulamento de pregão eletrônico do Consórcio: produtos em suspensão oral, solução oral, cremes e pastas a empresa que ofertar menor preço por mililitro/grama será a arrematante do lote.

FONTE: Pregões Eletrônicos (2012 e 2013) realizados pelo Consórcio.

Informações obtidas no Consórcio indicam a falta de fornecedores adequados às normativas da Anvisa e preços abusivos praticados pelas indústrias produtoras como o principal entrave para a aquisição de medicamentos fitoterápicos pelo Consórcio.

Serviços Farmacêuticos

Considerando apenas o processo de seleção e aquisição para fitoterápicos foram destacadas cinco atividades que contribuem de forma significativa na caracterização dos serviços farmacêuticos nesses processos.

1. Participação na definição do elenco

A Seleção de medicamentos é um procedimento essencial para a Assistência Farmacêutica e para os serviços de saúde. É a partir da seleção que se define o elenco que determinado serviço disponibiliza, preferencialmente por meio de análises realizadas por uma comissão multiprofissional e multidisciplinar denominada Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) (MAGARINOS-TORRES et al., 2011). Ao se tratar de fitoterápicos, a atividade farmacêutica é essencial, pois as questões técnicas sobre forma farmacêutica, marcadores e metabólitos secundários, aspectos legais, atenção à espécie padronizada na Rename e classificação do fitoterápico (produto tradicional ou medicamento fitoterápico, conforme Brasil (2014)) são muito específicas. Na área da saúde estes são conteúdos abordados nos cursos de Farmácia. É trabalho farmacêutico trazer a reflexão para a CFT sobre as consequências operacionais decorrentes da incorporação, além de apresentar as opções para a indicação clínica já disponibilizadas no SUS.

2. Acesso à informação

Um aspecto essencial para a seleção de medicamentos é a informação. A informação deve possibilitar: ao prescritor receitar

um determinado fitoterápico; ao gestor tomar decisões sobre incorporação, financiamento e desenvolvimento de tecnologias para o acesso; à assistência farmacêutica garantir a qualidade do medicamento ofertado; e ao serviço de aquisição atender aspectos técnicos e legais. Nesse sentido o trabalho farmacêutico relacionado à informação deve compreender o levantamento das informações, a análise crítica e a capacidade para apresentar informação relevante de forma clara e objetiva (VIDOTTI et al., 2000). Como observado por Nascimento Júnior e colaboradores (2016), os profissionais de saúde consideram importante ter conhecimento sobre o uso e as indicações de fitoterápicos, porém observou-se deficiência no acesso às informações e capacitações de forma a orientar sobre plantas medicinais e fitoterápicos.

As fontes de informação compreendem documentos técnicos governamentais como a Rename e Formulário Terapêutico Nacional, informações disponibilizadas pelos fornecedores e artigos científicos. Mesmo ao receber uma solicitação externa com informações que justifiquem a incorporação de um fitoterápico, é trabalho farmacêutico buscar outras fontes de informação que possam dar base para a condução e formalização dos trabalhos em uma CFT. Foi sugerido um catálogo com as informações mínimas a serem disponibilizadas para acesso às fontes de informação descritos na Figura 5.

Figura 5 – Sugestão de informações mínimas para um catálogo de fontes de informação

Nome do fitoterápico	Título do estudo	Autores	Periódico ou fonte	Ano	Como acessar o conteúdo*
-----------------------------	-------------------------	----------------	---------------------------	------------	---------------------------------

* Essa é uma informação importante, pois é importante ter acesso a fonte de informação, principalmente considerando que os serviços de saúde têm dificuldade de acesso a literatura e a base de dados.

Dessa forma o serviço farmacêutico contribui para a qualificação do processo de seleção, ampliando a assertividade na escolha de fitoterápicos seguros e eficazes.

3. Elaboração de parecer referente à solicitação de incorporação

Após a análise situacional, discussão do processo e fundamentação científica para a incorporação de um fitoterápico, uma atividade farmacêutica essencial é a elaboração do parecer técnico. Esse parecer sintetizará as informações colhidas e as discussões realizadas orientando a tomada de decisão sobre a incorporação, manutenção ou exclusão de um fitoterápico no serviço de saúde. Os pareceres podem apresentar dois sentidos: (i) comparação entre diferentes medicamentos de um mesmo grupo farmacológico ou indicação e (ii) análise de um fitoterápico específico (GROCHOCKI, OLIVEIRA, PINHEIRO, 2016). Ao atuar dessa forma garante-se transparência e legitimidade às solicitações de alteração no elenco de medicamentos. No caso de fitoterápicos atende possíveis questionamentos relacionados à eficácia e orientações para a prescrição e uso.

4. Análise farmacoeconômica

A preocupação com impacto financeiro ao incorporar qualquer tecnologia no SUS deve ser sempre pautada. Em um contexto de recursos limitados para a assistência farmacêutica, antes de decidir disponibilizar algum fitoterápico pressupõe-se uma análise dos seus custos. Como observado nos medicamentos incorporados pelo Consórcio (Tabela 2), onde apenas o custo dos três fitoterápicos foi da ordem de R\$ 2.749.000,00.

Nesse sentido, a uma avaliação econômica pode ser um diferencial no suporte à seleção e aquisição dos fitoterápicos. A

avaliação econômica de medicamentos é um dos eixos centrais da economia da saúde. Esse ramo da economia da saúde trata dos custos com a terapia medicamentosa. Os custos analisados são os diretos, indiretos e intangíveis. Existem diferentes métodos para a avaliação econômica. Secoli e colaboradores (2005) apontam quatro tipos de análises recomendadas: minimização de custos, custo-benefício, custo-efetividade e custo-utilidade.

Na maioria das situações, principalmente quando se trata do componente básico da assistência farmacêutica no âmbito municipal, não há viabilidade e nem factibilidade para a realização de análises econômicas completas. Mas, é essencial que o farmacêutico conheça os princípios gerais e possa contemplar em sua análise essa disciplina. Espera-se, no mínimo, a identificação da possível demanda pelo fitoterápico, o valor total do item, seu impacto na programação geral dos medicamentos do componente básico considerando o custo do tratamento e não apenas a unidade. Por exemplo, ao analisar a *Mikania glomerata Sprengl*, deve-se observar que o tratamento é para situações agudas, para as quais 01 frasco é suficiente para o tratamento completo, diferentemente da *Glycine max L.*, cujo tratamento é crônico com a administração média de 2 comprimidos ao dia. Tanto para produto tradicional ou medicamento fitoterápico, a análise do custo do tratamento possui um complicador que é a dificuldade de padronização da posologia, a relação da dose do extrato/tintura com o marcador (CONSÓRCIO PARANÁ SAÚDE, 2011). Caracteriza-se, nesse momento, a importância dos conhecimentos técnicos das ciências farmacêuticas como aporte para uma análise econômica no âmbito da assistência farmacêutica.

5. Especificação e análise técnica no processo licitatório

Assim como para outros medicamentos, após a definição da programação, o processo de aquisição dos fitoterápicos devem mobilizar diferentes conhecimentos. É um processo administrativo normalizado de maneira complexa, envolve serviços de

contabilidade, da administração pública e também técnico farmacêuticos. Questões relacionadas à qualidade do medicamento e ao fornecedor dão segurança ao processo de aquisição. No serviço público as aquisições se dão por processos licitatórios que compreendem diferentes modalidades, de acordo com o valor e a tipologia do item a ser licitado. Considera-se relevante conhecer, qualificar e credenciar fornecedores para uma boa aquisição de medicamentos (LUIZA et al., 1999; MERISIO et. al. 2012).

No que tange os fitoterápicos, conhecer o mercado e fornecedores é imperativo. É interessante saber a prática de preços realizada, a disponibilidade e capacidade de entrega dos pedidos. Também é essencial saber quais fornecedores disponibilizam fitoterápicos. Como instrumento de coleta das informações sobre fornecedores foram utilizados os registros da Anvisa, obtidos por meio de pesquisa na página da agência em Consulta de Produtos/Consulta Medicamentos, no endereço: http://www7.anvisa.gov.br/datavisa/Consulta_Produto/consulta_medicamento.asp. Consideraram-se critérios a serem utilizados na pesquisa: produtos e medicamentos com registro ativo e atualizado, forma e posologia de acordo com o especificado na Rename, e escolha por produtos produzidos no Brasil.

No processo licitatório em si, a especificação técnica na elaboração do edital e, posteriormente, a análise técnica das propostas, se bem executadas, atribuem um valor importante ao serviço de saúde caracterizando-se como um serviço farmacêutico.

Com relação à especificação técnica do produto ou medicamento fitoterápico, os procedimentos são especiais, pois além de estabelecer requisitos mínimos como descrição do medicamento pela Denominação Comum Brasileira (DCB), forma farmacêutica, concentração e condições de conservação, outras especificações como o marcador e o tipo de preparação devem ser considerados. Contudo, essa descrição deve atender aos requisitos legais, principalmente no que se refere ao direcionamento da licitação e também a atenção para que o item não fique deserto

(sem nenhum fornecedor habilitado) na licitação, inviabilizando sua aquisição.

Considerações finais

Entre as diversas formas de implementar a fitoterapia no SUS a disponibilização de medicamentos fitoterápicos talvez seja a mais objetiva. Já se encontra incorporada nos serviços comuns a outros medicamentos, mesmo assim ainda requer especificidades.

É imperativo buscar mecanismos que garantam o abastecimento destes medicamentos. Ao incorporar uma nova tecnologia no SUS, principalmente medicamento, essa tecnologia acarreta um salto na escala de procura, e a oferta deve acompanhar essa evolução. Desqualifica qualquer ação para inclusão de fitoterápicos, se o mesmo não estiver disponível para ser dispensado.

A manutenção de políticas de fomento é fundamental para garantir a fitoterapia e as práticas integrativas no SUS, principalmente, considerando que são tecnologias, muitas vezes, menos iatrogênicas. Embora seja difícil a articulação de toda a cadeia produtiva de fitoterápicos, qualquer quebra pode representar o não atendimento do seu objetivo fim.

Não basta querer incorporar fitoterápicos. É necessária capacidade técnica, produção de informação e capacidade de articulação com os diferentes atores sociais na gestão e nos serviços de saúde. É preciso refletir sobre o financiamento da Assistência Farmacêutica, sua abrangência, limitações orçamentárias, elenco vinculado e fonte de recurso.

A incorporação de fitoterápicos pressupõe a sua utilização por parte dos prescritores. O medicamento prescrito deve ser disponibilizado aos usuários por meio da dispensação, acompanhada das informações adequadas sobre o uso,

armazenamento e descarte. Este processo somente pode ocorrer após a aquisição atendida por fornecedor, de forma contínua. Por outro lado, devido às particularidades da fitoterapia, a continuidade do fornecimento depende também de fatores externos relacionados à garantia de abastecimento pelos produtores.

Os serviços farmacêuticos compõem-se de aspectos técnicos, políticos e sociais que possibilitam reconhecer a conjuntura que envolve a Assistência Farmacêutica no SUS e como a fitoterapia se insere nesse contexto. Constitui-se de atividades e procedimentos específicos, com particularidades quando se trata de fitoterápicos, e que devem ser atendidos no sentido de agregar um novo valor ao produto ou serviço que por fim modificará o processo saúde/doença de um indivíduo ou da coletividade.

6.3 COMPLIANCE E NONCOMPLIANCE DO TRATAMENTO FARMACOLÓGICO PARA DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS NO BRASIL

O não cumprimento do tratamento é um importante objeto de estudo na área da saúde. Quando um profissional indica um tratamento, espera atender uma necessidade e atingir um objetivo. O não cumprimento ao tratamento pode implicar em uma reavaliação errônea pelo profissional, resultados clínicos não desejados, além do aumento do custo em saúde para o indivíduo e para o sistema de saúde (JIN et al, 2008). Um serviço farmacêutico em Assistência Farmacêutica deve proporcionar ao usuário do medicamento uma boa experiência. Assim, é necessário que o profissional conheça, além das questões farmacológicas, também questões comportamentais e culturais de um indivíduo ou coletividade que está em necessidade de tratamento medicamentoso e que também são determinantes na realização do tratamento. O profissional deve fazer uso de suas competências técnicas e relacionais e coloca-las à disposição do outro que receberá o serviço, porém não impondo sua vontade a partir de uma análise unilateral (HORNE et al., 2005; LEITE, VASCONCELLOS, 2003). A análise do comportamento dos indivíduos frente ao tratamento medicamentoso pode envolver metodologias qualitativas ou quantitativas. As primeiras possibilitam aprofundar o tema e comportamentos relacionados a *adherence* e *concordance*. As metodologias quantitativas, geralmente, possibilitam a análise de comportamentos relacionados a *non compliance* ou quando empregados instrumentos adequados, a *adherence*.

Introdução

O perfil epidemiológico brasileiro é heterogêneo. Nos últimos anos as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) tornaram-se

mais prevalentes do que as doenças parasitárias e infectocontagiosas e as causas externas, embora essas últimas também apresentem indicadores relevantes. A transição demográfica, a redução da fertilidade e o aumento da expectativa de vida nas últimas décadas tem reduzido a população jovem e aumentado os idosos. Esse processo também contribui para um aumento das DCNT (SIMÃO; MIOTO, 2016).

Também, a alimentação inadequada, obesidade, o sedentarismo, o tabagismo e o consumo de álcool constituem os principais fatores de risco para essas doenças (DUARTE, BARRETO, 2012; DUNCAN et. al. 2012). Considerando a população brasileira acima dos 65 anos, 79% possui ao menos uma DCNT (MENDES, 2013). Atribui-se 72% dos óbitos em 2007 a esse conjunto de doenças (SCHMIDT et al., 2011). Mendes (2010) aponta as DCNT como um dos principais desafios ao Sistema Único de Saúde (SUS), que deve se organizar para atender as pessoas que convivem com essas doenças tanto para o atendimento crônico (diagnóstico, monitoramento e tratamento farmacológico e não farmacológico), quanto em períodos de agudização (internamentos, urgências e emergências). Desafio esse que deve ser compartilhado entre profissionais e cuidadores, tendo em vista o aumento de políticas de desinstitucionalização, aumentando os cuidados de saúde domiciliares, inclusive paliativos, por familiares e pessoas não remuneradas (SIMÃO; MIOTO, 2016)

Ao tratar das DCNT, Schmidt e colaboradores (2011) destacaram aquelas relacionadas aos transtornos neuropsiquiátricos, as doenças cardiovasculares, o diabetes mellitus, câncer e doenças respiratórias crônicas. Grande parte dessas doenças são tratadas em domicílio, inclusive com a aquisição (paga ou gratuita) de medicamentos. Goulart (2011) apontou que um dos grandes desafios para o tratamento das DCNT é o abastecimento de medicamentos. O tratamento medicamentoso para as DCNT deve ser realizado de forma contínua, a partir da indicação adequada, acesso e uso dos medicamentos. Porém esse tratamento farmacológico pode acontecer de forma irracional,

como foi descrito no informe da conferência de experts sobre Uso Racional de Medicamentos (URM) realizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em Nairobi em 1985:

Às vezes, o tratamento mais adequado não é o medicamentoso. Quando é, para o uso racional exige o medicamento apropriado, que esteja disponível e acessível, de qualidade, usado na dose indicada e em intervalos e pelo tempo prescrito. O medicamento apropriado deve ser eficaz e seguro. (OMS, 1986 p.62, tradução nossa)

Segundo dados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013, analisados por Tavares e colaboradores (2013), a prevalência de relato de uso de medicamentos nas últimas duas semanas para hipertensão, diabetes e asma no Brasil foi de 80%, enquanto que para depressão 52%. Bertoldi e colaboradores (2016), ao analisar os dados do perfil sociodemográfico da PNAUM apontou a prevalência global de uso de medicamentos em de 50,7% e para doenças crônicas de 24,3% em todas as faixas etárias. Contudo, fatores como o regime terapêutico adotado, a associação medicamentosa, a polifarmácia, comorbidades e posologia podem dificultar o uso correto dos medicamentos. Esse conjunto de fatores pode levar o usuário a não atingir o tratamento farmacológico completamente, tanto na obtenção do medicamento, quanto no seu uso regular. Nesse sentido Aizenstein e Tomassi (2011) alertam que embora os medicamentos sejam uma ferramenta de grande relevância para a recuperação da saúde, seu uso inapropriado constitui uma das principais causas de agravos à saúde e prejuízos econômicos e sociais.

É essencial compreender a relação de uso e não uso do medicamento pelas pessoas com DCNT, para que se possa desenvolver tecnologias e serviços que promovam o uso correto dos medicamentos garantindo seu acesso, continuidade e manejo de efeitos indesejáveis. Nesse sentido, o presente capítulo visa analisar

a *compliance e noncompliance* do tratamento farmacológico, a partir da indicação médica em pessoas com doenças crônicas na população com 20 anos ou mais no Brasil.

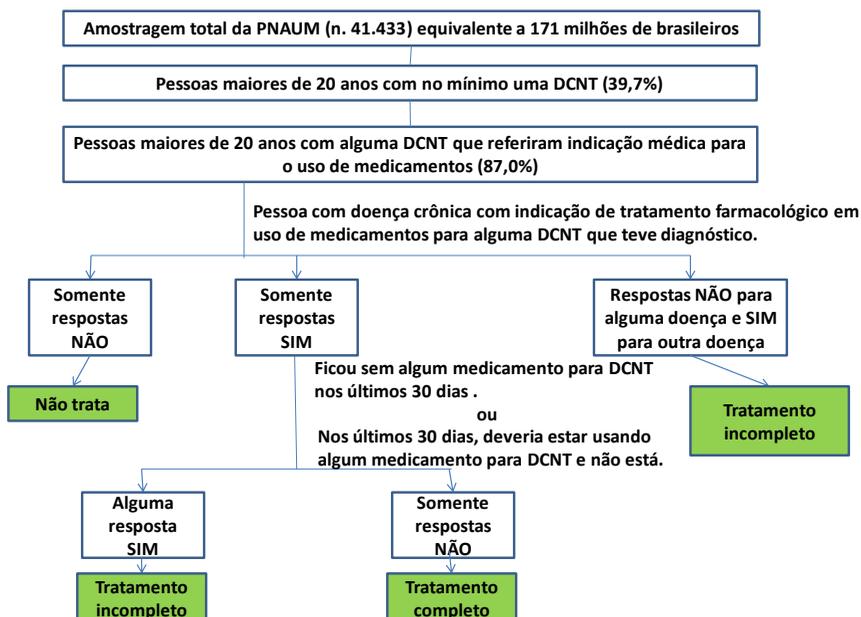
Metodologia

Os dados analisados neste capítulo são oriundos da Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos (PNAUM), um inquérito domiciliar de base populacional, de delineamento transversal, baseado em amostra probabilística da população brasileira (MENGUE et. al. 2016). O estudo foi promovido pelo Ministério da Saúde, desenvolvido por uma equipe interinstitucional de pesquisadores e o processo de construção do estudo está descrito em Gadelha e colaboradores (2016). Mengue e colaboradores (2016) relataram o detalhamento metodológico da pesquisa. A coleta de dados foi realizada de setembro de 2013 a fevereiro de 2014. A população em estudo foram os residentes em domicílios particulares permanentes na zona urbana do território brasileiro, sendo incluídos indivíduos de todas as idades. Foram realizadas entrevistas face-a-face nos domicílios, com aplicação de questionários cujos dados foram coletados e armazenados em dispositivo eletrônico. (MENGUE et. al. 2016).

Foram entrevistadas 41.433 pessoas que, após os ajustes por região, sexo e idade, representam os aproximadamente 171 milhões brasileiros residentes nas áreas urbanas do País. (MENGUE et. al. 2016, p. 8s). Nesta análise, foram incluídos apenas os indivíduos adultos com 20 anos ou mais, que referiram diagnóstico, há pelo menos seis meses antes da realização da entrevista de, no mínimo, uma DCNT e que relataram ter indicação médica de uso de medicamento.

Cada indivíduo foi classificado de acordo com a *compliance* do seu tratamento. Essa classificação seguiu o fluxo de análise apresentado na Figura 6.

Figura 6 – Fluxo de classificação da *compliance* do tratamento farmacológico



Assim o comportamento dos indivíduos frente ao tratamento medicamentoso foi classificado conforme o Quadro 5.

Quadro 5 – Classificação do comportamento dos indivíduos em relação ao tratamento medicamentoso

CLASSIFICAÇÃO	COMPORTAMENTO
COMPLIANCE	<ul style="list-style-type: none"> • Tratamento completo: indivíduos que relataram estar em uso de medicamentos para DCNT e que obtiveram e usaram todos os medicamentos que lhe foram indicados pelo médico nos últimos 30 dias.
NONCOMPLIANCE	<ul style="list-style-type: none"> • Não tratam: indivíduos que embora relatem ter indicação médica de tratamento farmacológico, não usam os medicamentos indicados. • Tratamento incompleto: indivíduos que não obtiveram ou não usaram algum medicamento para DCNT, mas que obtiveram e/ou usaram algum, ou seja, usa parcialmente.

Com a *compliance* do tratamento farmacológico estabelecida foi analisado segundo os domínios e variáveis apresentados no Quadro 6 :

Quadro 6 – Domínios e variáveis analisados frente a *compliance* do tratamento farmacológico

Domínio	Variáveis analisados
Análise demográfica	Sexo
	Faixa etária
	Classificação econômica
	Escolaridade
	Situação conjugal
Comorbidades múltiplas	Número de doenças crônicas
	Número de medicamentos para doença crônica

Situação da saúde	Internação nos últimos 12 meses
	Autopercepção da saúde
Serviço de saúde	Mesmo local de obtenção do medicamento e de tratamento
	Obtenção de algum medicamento no SUS
Alteração no tratamento farmacológico	Deixa de tomar o medicamento se já usou e passou mal
	Deixa de tomar o medicamento se lê algo ruim na bula
	Aumenta a dose do medicamento se percebe melhora
	Aumenta a dose do medicamento quando piora
	Diminui a dose do medicamento quando a doença está controlada
	Diminui a dose do medicamento quando ele faz mal
	Usa medicamento por automedicação
Dificuldades no uso dos medicamentos	Dificuldade para lembrar-se de tomar todos os medicamentos
	Dificuldade para tomar vários medicamentos

As análises foram realizadas utilizando o pacote estatístico *PASW Statistics 18* e os comandos CSPLAN apropriado para esse tipo de amostra. Para cada análise foram calculados o intervalo de confiança de 95% e o coeficiente de variação. Foi aplicado o teste do qui-quadrado de Pearson para avaliação da significância

estatística das diferenças entre os grupos, considerando o nível de significância de 5%. Foram discutidos os resultados que atenderam o nível de significância estabelecido, os demais foram apenas apresentados.

O presente trabalho foi submetido e aprovado pelo Comissão Nacional de Ética em Pesquisa através do parecer no. 398.131, de 16/9/2013. Todas as entrevistas foram realizadas após leitura do termo de consentimento e assinatura do mesmo por parte do entrevistado ou seu responsável legal no caso de incapazes de responder seu próprio questionário.

Resultados e discussão

Os resultados gerais da PNAUM apontaram que 39,7% (IC 95% 88,4-41,1) dos indivíduos acima de 20 anos referiram diagnóstico de no mínimo uma DCNT. Entre esses, 87,0% (IC95% 85,5-88,3) informaram ter indicação médica para o uso de medicamentos. Esses resultados representam a importância do tratamento farmacológico para as pessoas com DCNT, o que justifica a necessidade de compreensão do comportamento frente ao tratamento farmacológico.

O índice de *compliance* foi de 75,2% e *noncompliance* de 24,8% para os indivíduos acima de 20 anos, residentes no Brasil, que referiram diagnóstico de DCNT e indicação de tratamento farmacológico. A Tabela 3 apresenta a classificação correspondente à *compliance* do tratamento.

Tabela 3 – Comportamento frente ao tratamento farmacológico em indivíduos com 20 anos ou mais que autorreferiram diagnóstico de doença crônica não transmissível e possuem indicação médica de uso de medicamento no Brasil. PNAUM, Brasil, 2014.

Comportamento	%	IC 95%	CV
<i>Compliance</i>			
Tratamento completo	75,2	73,3 – 77,0	0,013
<i>Noncompliance</i>			
Tratamento incompleto	17,1	15,7 – 18,5	0,042
Não trata	7,7	6,8 – 8,7	0,061

Legenda: %: Percentual; IC: Intervalo de Confiança; CV: Coeficiente de Variação

A análise geral da *compliance* do tratamento farmacológico apresentou que aproximadamente 25% das pessoas acima de 20 anos com diagnóstico há mais de seis meses de doença crônica e que possui indicação médica de tratamento farmacológico pertencem ao grupo de *noncompliance*, ou seja, não o realizam completamente conforme indicação médica. Sendo que, 7,7% referiram não usar medicamento algum, ou seja, não tratam sua doença crônica. Outros 17,1% realizam o tratamento de forma incompleta: deixando de realizar o tratamento farmacológico por completo para alguma doença crônica ou que nos últimos 30 dias não obtiveram ou não usaram um medicamento que deveriam.

Considerando a mesma amostra, Tavares e colaboradores, (2016), analisaram a adesão ao tratamento pelo *Brief Medication Questionnaire* (BMQ), e obtiveram um valor de baixa adesão de 30,8%. A *compliance* e a baixa adesão não podem ser somados. Podem existir pessoas que estão nos dois grupos, mas também existem pessoas com tratamento completo e baixa adesão e pessoas com tratamento incompleto, porém aderentes. Ambos os resultados revelam uma preocupação quanto a realização do tratamento farmacológico e se complementam.

Os profissionais de saúde devem ter ciência dessas informações, buscar compreender junto às pessoas, os motivos da *noncompliance* e em *concordance* construir processos de cuidados factíveis e que tragam desfechos positivos para a saúde dos indivíduos e da coletividade.

Domínio: Análise Demográfica

A Tabela 4 apresenta os resultados considerando a classificação da *compliance* em relação as variáveis demográficas.

Tabela 4 – *Compliance* do tratamento farmacológico em indivíduos com 20 anos ou mais que autorreferiram diagnóstico de doença crônica não transmissível e possuem indicação médica de uso de medicamento no Brasil segundo características demográficas. PNAUM, Brasil, 2014.

	Comportamento frente ao Tratamento Farmacológico									P
	<i>Compliance</i>			<i>Noncompliance</i>						
	Tratamento completo			Tratamento Incompleto			Não trata			
	%	IC95%	CV	%	IC95%	CV	%	IC95%	CV	
Sexo										<0,001
Masculino	78,9	76,3-81,2	0,016	12,8	11,1-14,7	0,071	8,3	6,9-10,0	0,093	
Feminino	73,2	71,0-75,2	0,015	19,4	17,8-21,2	0,044	7,4	6,5-8,5	0,069	
Faixa etária										<0,001
20-39	60,5	56,0-64,7	0,037	19,5	16,3-23,1	0,089	20,0	16,8-23,7	0,087	
40-59	75,2	72,8-77,5	0,016	17,4	15,6-19,2	0,053	7,4	6,3-8,7	0,080	
60 ou +	81,5	79,7-83,3	0,011	15,7	14,2-17,4	0,052	2,7	2,2-3,3	0,096	
Classificação econômica*										0,015
A/B	76,6	73,0 -79,9	0,023	16,6	13,9-19,6	0,086	6,8	5,4-8,5	0,118	
C	75,9	73,7-77,9	0,014	17,0	15,4-18,7	0,050	7,1	6,2-8,2	0,075	
D/E	71,7	68,2-74,9	0,024	18,0	15,9-20,3	0,063	10,4	8,3-12,8	0,110	

Legenda: %: Percentual; IC: Intervalo de Confiança; CV: Coeficiente de Variação; P: nível de significância pelo Qui-quadrado Pearson.

As características demográficas são importantes na análise de estudos epidemiológicos, bem como na organização e estruturação de políticas e serviços de saúde (LIMA-COSTA e BARRETO, 2003; TAVARES, GUIDETTI, SAÚDE, 2008). Observou-se que os homens apresentaram maior percentual de tratamento completo e que não tratam, enquanto que as mulheres realizam mais tratamentos incompletos do que o geral.

Quanto maior a faixa etária maior é o índice de tratamento completo, e o inverso ocorre com o tratamento incompleto e quem não trata. As pessoas com a menor faixa etária (20 a 39 anos) apresentaram um índice de não trata de 20,0%, acima do geral, e tratamento incompleto de 19,5%, também acima do geral. Tavares e colaboradores (2016) identificaram uma taxa de não adesão ao tratamento de 38,6% nessa mesma faixa etária. Esses indicadores revelam a necessidade de cuidado e atenção ao indicar um tratamento farmacológico para doença crônica em pessoas com menos de 40 anos. Embora a prevalência de uso de medicamentos para doença crônica fique em 7,5% e 14,9% para as faixas etárias de 20-29 e 30-39, respectivamente (BERTOLDI, et. al., 2016), o alto percentual de tratamento incompleto ou não tratamento deve ser observado com atenção pelos profissionais de saúde.

Por outro lado, embora a prevalência de uso de medicamentos para doença crônica em idosos supere os 66%, chegando aos 79,7% para quem tem mais de 80 anos, os idosos que realizam o tratamento completo representam 81,5% e apenas 2,7% não realizam o tratamento.

Tem se observado uma concentração das políticas públicas e de estudos relacionados a população idosa, inclusive na área farmacêutica (RAMOS et al 2016; SIMÃO, MIOTO, 2016; MENDES, 2013; SILVA et al, 2010), justificado pelo aumento dessa população e o maior uso de serviços e produtos de saúde, isso pode estar trazendo impactos positivos como o verificado na maior taxa de *compliance*. Por outro lado, deve-se olhar com mais atenção à população não idosa, em que o uso de medicamentos para DCNT

crece exponencialmente a partir dos 20 anos chegando a 49,9% na faixa entre os 40 e 50 anos (BERTOLDI et. al., 2016). É possível que os altos índices de morbidade e uso dos serviços de saúde pelos mais velhos seja consequência do não atendimento às necessidades em saúde quando mais novos.

O aspecto econômico relacionado ao medicamento é um fator importante em toda a cadeia produtiva até o uso, que associado a renda é comumente analisado em diferentes estudos (BERTOLDI et. al., 2016; ARRAIS, 2005, BERTOLDI, 2004). Essa análise, embora tenha mostrado percentuais de *noncompliance* acima de 20% em todas as faixas econômicas, observa-se *compliance* maior nas classes de maior renda enquanto *noncompliance* chega próximo de 30%, nas classes de menor renda. Esse resultado reforça a importância de políticas públicas que garantam o acesso gratuito aos medicamentos como relatou Tavares e colaboradores (2016).

Domínio: Comorbidades múltiplas

A Tabela 5 mostra os resultados do comportamento dos indivíduos frente ao tratamento farmacológico, relacionado ao número de doenças crônicas e de medicamentos por indivíduos.

Tabela 5 –Comportamento frente ao tratamento farmacológico em indivíduos com 20 anos ou mais que autorreferiram diagnóstico de doença crônica não transmissível e possuem indicação médica de uso de medicamento no Brasil segundo as múltiplas comorbidades. PNAUM, Brasil, 2014.

	Comportamento frente ao Tratamento Farmacológico									P
	<i>Compliance</i>			<i>Noncompliance</i>						
	Tratamento completo			Tratamento Incompleto			Não trata			
	%	IC95%	CV	%	IC95%	CV	%	IC95%	CV	
Número de doenças crônicas										<0,001
1 doença crônica	81,0	78,8– 83,1	0,014	7,5	6,3– 9,0	0,089	11,4	9,9– 13,2	0,075	
2 doenças crônicas	74,2	71,8– 76,5	0,016	19,9	17,9– 22,0	0,052	5,9	4,8– 7,3	0,110	
3 ou mais doenças crônicas	65,9	62,8– 69,0	0,024	31,0	28,2– 34,0	0,047	3,1	2,2– 4,2	0,168	

**Número de
medicamentos para
doença crônica**

<0,001

Nenhum medicamento	1,4	0,4- 4,9	0,639	0,3	0,1- 0,8	0,579	98,3	95,1- 99,4	0,009
1 medicamento	83,8	81,6- 85,8	0,013	13,7	11,9- 15,7	0,070	2,5	1,9- 3,4	0,151
2 medicamentos	81,9	79,4- 84,1	0,014	18,0	15,8- 20,5	0,065	0,1	0,0- 0,5	0,758
3 a 4 medicamentos	78,1	74,9- 81,0	0,020	21,8	18,9- 25,0	0,072	0,2	0,0- 1,1	0,998
5 ou mais medicamentos	76,4	73,4- 79,2	0,020	23,6	20,8- 26,6	0,063	-	-	-

Legenda: %: Percentual; IC: Intervalo de Confiança; CV: Coeficiente de Variação; P: nível de significância pelo Qui-quadrado Pearson.

A comorbidade múltipla é um domínio importante a se analisar no processo de cuidado de uma pessoa. Embora ter o diagnóstico de múltiplas doenças ou usar mais de cinco medicamentos não implique diretamente em um declínio funcional, ou necessidade de cuidados intensivos, esses fatores são importantes na avaliação global (MORAES, 2016).

A primeira variável analisada foi o número de doenças crônicas onde se pode observar: que o aumento do número de comorbidades diminui o comportamento de *compliance* e, conseqüentemente, aumenta o *noncompliance*. Contudo, o tipo de comportamento que determina o *noncompliance* muda significativamente. As pessoas com 01 doença crônica realizam mais tratamento completo 81,0% e abandonam mais 11,4% do que as que possuem três ou mais doenças, onde 65,9% e 3,1% fazem tratamento completo ou abandonam o tratamento; e o tratamento incompleto se destacou entre as pessoas com 3 ou mais doenças crônicas apresentando percentual de 31,0%, acima do índice geral. Essa análise é fundamental, pois a comorbidade está associada a piores resultados de saúde, gerenciamento clínico mais complexo e aumento dos custos de cuidados de saúde (VALDERAS et. al., 2009).

A outra variável desse domínio está relacionada a polifarmácia, onde foi verificado o número de medicamentos usados para doença crônica. A polifarmácia é um dos principais desafios relacionados ao uso de medicamentos. O uso de vários medicamentos está associado a quedas, iatrogenias, aumento de interações medicamentosas, dificuldades no acesso, adesão e seguimento do tratamento (GNJIDIC, TINETTI, HEATHER, 2017; RAMOS, 2016). As pessoas que referiram tomar 1 ou 2 medicamentos possuem maiores taxas de tratamento completo, e quanto maior o número de medicamentos usados para DCNT, maior foi o índice de tratamento incompleto, chegando a 23,6% entre os polimedicados.

Domínio: Situação de saúde

A Tabela 6 mostra os resultados para a situação de saúde em relação ao *compliance*, avaliando situação de internamento nos últimos 12 meses e a autopercepção da saúde.

Tabela 6 –Comportamento frente ao tratamento farmacológico em indivíduos com 20 anos ou mais que autorreferiram diagnóstico de doença crônica não transmissível e possuem indicação médica de uso de medicamento no Brasil segundo a situação de saúde PNAUM, Brasil, 2014.

	Comportamento frente ao Tratamento Farmacológico									P
	Compliance			Noncompliance						
	Tratamento completo			Tratamento Incompleto			Não trata			
	%	IC95%	CV	%	IC95%	CV	%	IC95%	CV	
Internação nos últimos 12 meses										<0,001
SIM	70,8	66,6-74,6	0,029	23,1	19,6-27,1	0,082	6,1	4,6-8,0	0,141	
NÃO	75,7	73,7-77,6	0,013	16,3	14,9-17,8	0,045	8,0	7,0-9,0	0,065	
Autopercepção da saúde										<0,001
Muito boa	76,1	69,2-81,9	0,043	14,6	9,9-20,8	0,189	9,4	6,3-13,8	0,201	
Boa	79,2	77,0-81,3	0,014	12,8	11,3-14,3	0,061	8,0	6,8-9,5	0,084	
Regular	72,5	70,0-74,8	0,017	19,9	18,2-21,8	0,047	7,6	6,3-9,1	0,096	
Ruim	65,8	61,0-70,4	0,037	27,6	23,4-32,2	0,082	6,6	5,0-8,7	0,142	
Muito ruim	65,9	57,7-73,3	0,061	31,4	24,4-39,4	0,123	2,7	1,4-5,3	0,345	

Legenda: %: Percentual; IC: Intervalo de Confiança; CV: Coeficiente de Variação; P: nível de significância pelo Qui-quadrado Pearson.

A análise da situação de saúde buscou verificar a relação do comportamento dos indivíduos frente ao tratamento com a internação nos últimos 12 meses anteriores à entrevista. A internação poderia estar relacionada à agudização de DCNT. Também foi analisada a percepção dos indivíduos sobre sua condição de saúde, considerando que isto pode estar relacionado com a realização do tratamento.

Entre os indivíduos que relataram internação nos últimos 12 meses, a prevalência de um comportamento de *noncompliance* foi maior do que entre os indivíduos que relataram não ter tido internação hospitalar. Em 23,1% os casos foram classificados como tratamento incompleto, valor maior do que a proporção geral para tratamento incompleto. Infere-se que o tratamento incompleto pode elevar o indicador de internação, por meio da agudização de DCNT. A agudização de DCNT é um indicador importante para os sistemas de saúde e deve orientar a estruturação das redes de atenção à saúde (MENDES, 2010). Contudo, este é um dado que merece ser aprofundado, pois fatores como a idade, comorbidades e gravidade da doença podem ter maior influência.

Por contemplar aspectos da saúde física, cognitiva e emocional, a autopercepção da saúde tem se mostrando um importante indicador de avaliação global da saúde (ALVES, RODRIGUES, 2005; NUNES, BARRETO, GONÇALVES, 2012). Essa variável, quando analisada frente ao comportamento em relação ao tratamento, apontou que *noncompliance* aumenta conforme a autopercepção da saúde piora. Esse comportamento é determinado pela realização incompleta do tratamento, a qual representa 14,6% entre os que disseram estar com a saúde muito boa, até 31,4% dos que relataram estar muito ruim. Outrossim, a variável não trata foi maior entre os indivíduos com autopercepção da saúde muito boa (9,4%) e menor entre os que classificaram sua saúde como muito ruim (2,7%). Essa variável revela que quem realiza tratamento incompleto afere sua saúde em condições piores enquanto que os que abandonaram o tratamento tendem a autoavaliar sua saúde de forma mais positiva.

Domínio: Serviços de saúde

Nesse domínio a obtenção de algum medicamento no SUS atendeu ao nível de significância estabelecido e seus resultados são apresentados na Tabela 7.

Tabela 7 –Comportamento frente ao tratamento farmacológico em indivíduos com 20 anos ou mais que autorreferiram diagnóstico de doença crônica não transmissível e possuem indicação médica de uso de medicamento no Brasil segundo a obtenção de algum medicamento no SUS. PNAUM, Brasil, 2014.

	Comportamento frente ao Tratamento Farmacológico									P
	Compliance			Noncompliance						
	Tratamento completo			Tratamento Incompleto			Não trata			
	%	IC95%	CV	%	IC95%	CV	%	IC95%	CV	
Obtenção de algum medicamento no SUS										<0,001
SIM	79,1	76,8- 81,2	0,014	17,6	15,7- 19,6	0,057	3,4	2,6- 4,3	0,124	
NÃO	70,3	67,8- 72,6	0,017	16,5	14,7- 18,4	0,058	13,3	11,7- 15,0	0,063	

Legenda: SUS: Sistema Único de Saúde; %: Percentual; IC: Intervalo de Confiança; CV: Coeficiente de Variação; P: nível de significância pelo Qui-quadrado Pearson.

Os serviços de saúde são espaços onde convivem diferentes profissionais, tecnologias e ações capazes de transformar o processo saúde/doença. É um dos principais espaços para a produção de cuidado e fundamental na integralidade da atenção à saúde (PINHO et. al, 2007; LAVRAS 2011).

Entre os indivíduos que obtém algum medicamento no SUS observou-se um comportamento de *compliance* maior. Entre os indivíduos que não obtém medicamentos no SUS e que apresentaram comportamento de *noncompliance*, cerca de 13% não estavam realizando o tratamento. Esse resultado reforça a importância das políticas públicas de assistência farmacêutica e corrobora com as análises de Tavares e colaboradores, 2016, que analisou o acesso gratuito à medicamentos para DCNT e de Luiza e colaboradores, 2016, que analisou o gasto catastrófico com medicamentos. Os dois estudos ressaltaram a relevância do acesso gratuito aos medicamentos, principalmente nas classes econômicas mais baixas.

Domínio: Alteração no tratamento farmacológico

Na Tabela 8 são apresentados os resultados das análises das alterações no tratamento farmacológico. Foram analisados comportamentos relacionados a deixar de tomar algum medicamento, o aumento ou diminuição da dose e o uso de outros medicamentos por automedicação.

Tabela 8 –Comportamento frente ao tratamento farmacológico em indivíduos com 20 anos ou mais que autorreferiram diagnóstico de doença crônica não transmissível e possuem indicação médica de uso de medicamento no Brasil segundo a alteração no tratamento farmacológico. PNAUM, Brasil, 2014.

	Comportamento frente ao Tratamento Farmacológico									P
	Compliance			Noncompliance						
	Tratamento completo			Tratamento Incompleto			Não trata			
	%	IC95%	CV	%	IC95%	CV	%	IC95%	CV	
Deixa de tomar o medicamento se já usou e passou mal										<0,001
SIM	65,5	62,8-68,0	0,020	20,5	18,2-22,8	0,057	14,1	11,9-16,5	0,082	
NÃO	74,3	70,5-77,8	0,025	19,9	16,9-23,3	0,082	5,8	4,1-8,1	0,174	
Declarou espontaneamente que não altera a dose sem falar com o médico ou serviço de saúde	80,0	73,6-85,1	0,037	14,7	10,1-20,9	0,187	5,3	3,1-8,9	0,268	
Deixa de tomar o medicamento se lê algo ruim na bula										<0,001
SIM	58,5	54,5-62,5	0,035	23,4	19,6-27,6	0,088	18,1	15,0-21,6	0,093	
NÃO	74,0	71,1-76,7	0,019	18,5	16,5-20,7	0,056	7,5	5,9-9,4	0,120	

Declarou espontaneamente que não altera a dose sem falar com o médico ou serviço de saúde	72,2	58,8-82,5	0,085	20,4	11,7-33,1	0,267	7,4	3,7-14,4	0,349	
Aumenta a dose do medicamento se percebe melhora										0,014
SIM	59,8	52,1-67,0	0,367	25,4	19,6-32,3	0,128	14,8	10,5-20,5	0,170	
NÃO	70,5	68,1-72,9	0,017	19,5	17,4-21,6	0,055	10,0	8,5-11,8	0,084	
Declarou espontaneamente que não altera a dose sem falar com o médico ou serviço de saúde	72,8	66,5-78,3	0,041	19,5	14,9-25,0	0,132	7,7	5,3-11,1	0,188	
Diminui a dose do medicamento quando a doença está controlada										<0,001
SIM	58,5	54,4-62,4	0,035	24,8	20,9-29,1	0,085	16,8	13,5-20,7	0,110	
NÃO	72,6	69,9-75,1	0,018	19,3	17,2-21,5	0,057	8,2	6,9-9,7	0,088	
Declarou espontaneamente que não altera a dose sem	81,2	79,2-83,0	0,012	13,6	12,3-15,1	0,053	5,1	4,3-6,2	0,095	

falar com o médico ou
serviço de saúde

**Diminui a dose do
medicamento quando
ele faz mal**

<0,001

SIM	61,0	57,4- 64,4	0,029	25,1	21,8- 28,6	0,069	14,0	11,5- 17,0	0,100
NÃO	73,4	70,1- 76,4	0,022	18,5	16,2- 20,9	0,065	8,1	6,3- 10,4	0,127
Declarou espontaneamente que não altera a dose sem falar com o médico ou serviço de saúde	73,2	67,7- 78,1	0,036	17,9	14,0- 22,6	0,122	8,8	6,4- 12,1	0,162

**Usa medicamento por
automedicação**

<0,001

SIM	62,9	76,1- 79,7	0,012	23,6	21,0- 26,6	0,060	13,4	10,9- 16,4	0,105
NÃO	78,0	76,1- 79,7	0,012	15,7	14,3- 17,2	0,046	6,3	5,5- 7,3	0,071

Legenda: %: Percentual; IC: Intervalo de Confiança; CV: Coeficiente de Variação; P: nível de significância pelo Qui-quadrado Pearson.

As alterações no regime de tratamento realizados pelo usuário ou cuidador se analisadas em um sentido estrito de *compliance* pode levar a uma culpabilização do indivíduo, que não deve ser o foco (LEITE, VASCONCELLOS, 2003). Ora, é factível não querer tomar um medicamento se encontrou algo preocupante na bula ou ter se sentido mal após o uso. Não é? Por isso o conceito de *adherence* que respeita e procura entender a autonomia do indivíduo discutido por Horne e colaboradores (2005), torna-se estratégica na oferta de um serviço de atenção ao uso do medicamento. Avaliar a *compliance* deve ser o ponto de partida para o entendimento das ações de *adherence* ou *nonadherence* do indivíduo.

A alteração no regime de tratamento foi analisada em relação à *compliance* onde se destacaram os seguintes comportamentos: usar um medicamento e passar mal ou ler algo ruim na bula parece influenciar quem não trata respondendo por 14,1% e 18,1%, valor acima do geral para não trata, embora com uma diferença menor para o geral o tratamento incompleto também foi influenciado da mesma maneira em relação ao índice geral. O aumento da dose e a redução da dose também apresentou o mesmo perfil, onde em média 40% das pessoas que aumentam ou diminuem a dose, por sentirem-se melhor ou pior estão no grupo *noncompliance*.

A outra variável analisada no domínio da alteração no tratamento farmacológico foi a prática da automedicação. Observou-se que a proporção de *noncompliance* (tratamento incompleto – 23,6%; não trata – 13,4%) é maior entre os indivíduos que relataram automedicação. A automedicação é uma prática importante a ser analisada em pessoas com DCNT, normalmente está dissociada de uma avaliação clínica que contemple os medicamentos em uso, doenças de base e outros fatores que podem levar aos sintomas atendidos pela automedicação, bem como alterar a efetividade dos medicamentos de uso contínuo. Essa prática ocorre de maneira variada na população, com índices entre 6,0% a 86,4% (ARAÚJO et. al., 2015). Analisando os dados da

PNAUM, Arrais e colaboradores (2016) identificaram 16,1% de indivíduos que realizaram automedicação, obtendo índices maiores que a média daqueles com doença crônica. A automedicação está mais comumente associada a analgésicos, anti-inflamatórios e medicamentos isentos de prescrição médica (ARRAIS et. al., 2016; ARAÚJO et. al., 2015; ARRAIS, et. al. 1997; SILVA, 2013). Os medicamentos mais utilizados em automedicação podem representar sinais de agudização de uma DCNT, bem como reações adversas causadas pela não realização completa do tratamento. Dessa forma a prática da automedicação deve ser observada pelos farmacêuticos como um sinal e falha terapêutica em pessoas com DCNT.

Variáveis que não atenderam ao nível de significância de 5%:

Algumas variáveis analisadas não atenderam o nível de significância estabelecido, são apresentadas na Tabela 9. Ressalva-se que isso não significa que essas variáveis não devam ser consideradas em um atendimento farmacêutico e que não contribuam para o *noncompliance*.

SIM	80,0	77,9- 82,3	0,014	16,4	14,6- 18,4	0,058	3,4	2,6- 4,6	0,149
NÃO	76,4	72,6- 79,8	0,024	20,3	17,1- 24,0	0,086	3,3	2,1- 5,0	0,218
Às vezes	78,5	70,8- 84,7	0,045	17,1	11,7- 24,5	0,189	4,3	2,1- 8,6	0,356
Alteração no tratamento farmacológico									
Aumenta a dose do medicamento quando piora									0,144
SIM	61,3	53,9- 68,2	0,060	26,1	19,9- 33,5	0,133	12,6	8,7- 17,9	0,183
NÃO	70,0	67,4- 72,4	0,018	19,5	17,5- 21,7	0,054	10,5	8,7- 12,5	0,091
Declarou espontaneamente que não altera a dose sem falar com o médico ou serviço de saúde	72,4	64,5- 79,2	0,052	18,7	13,1- 26,0	0,176	8,9	5,3- 14,6	0,261
Dificuldades									
Dificuldade para lembrar-se de tomar todos os medicamentos									0,078
Muito difícil	70,8	63,8- 76,9	0,047	19,4	14,8- 25,0	0,135	9,8	6,4- 14,7	0,213

Um pouco difícil	71,1	66,9- 75,0	0,029	18,9	15,8- 22,4	0,089	10,0	7,6- 12,9	0,134
Não é difícil	75,4	73,1- 77,6	0,015	17,3	15,6- 19,0	0,051	7,3	6,2- 8,6	0,081
Dificuldade para tomar vários medicamentos									0,131
Muito difícil	70,5	66,6- 74,1	0,027	18,9	15,9- 22,3	0,086	10,6	8,1- 13,8	0,136
Um pouco difícil	75,4	71,9- 78,7	0,023	16,3	13,6- 19,4	0,090	8,2	6,4- 10,6	0,131
Não é difícil	74,5	71,7- 77,0	0,018	18,1	16,2- 20,1	0,056	7,5	6,1- 9,0	0,098

Legenda: %: Percentual; IC: Intervalo de Confiança; CV: Coeficiente de Variação; P: nível de significância pelo Qui-quadrado Pearson.

Considerações finais

O comportamento frente ao tratamento farmacológico do tipo *noncompliance* é um problema complexo e multifatorial e que apresentou algumas características que podem contribuir no desenvolvimento de serviços farmacêuticos.

Deve haver uma preocupação maior relacionada a *noncompliance* do tratamento por indivíduos mais jovens, entre 20 e 40 anos, pois 39,5% das pessoas nessa faixa etária não realizam tratamento completo para sua DCNT.

Quanto maior o número de doenças ou de medicamentos menor é o percentual de indivíduos que não realizam o tratamento, porém aumenta significativamente o tratamento incompleto. Essa informação revela a necessidade de garantia de acesso integral ao tratamento, bem como o desenvolvimento de serviços que facilitem e promovam a realização do tratamento de forma integral.

O tratamento incompleto parece ser um agravante da situação de saúde, tanto quando comparado às internações nos últimos 12 meses, quanto em relação à autopercepção da saúde. Esse fenômeno deve ser observado nos atendimentos de saúde, colocando o tratamento incompleto como ponto de verificação ao avaliar motivos de internação e autopercepção da saúde.

Destaca-se a importância de políticas públicas que garantam medicamentos gratuitos para DCNT. A obtenção de medicamentos pelo SUS, além de aumentar o percentual de tratamento completo, apresentou um percentual reduzido de indivíduos que não realizam o tratamento.

Realizar alteração no tratamento farmacológico, parece ser uma característica mais significativa em pessoas que apresentam um comportamento de *noncompliance*. Mudanças no regime de tratamento e automedicação devem ser sinais de alerta com relação ao *compliance* ou *concordance* em relação ao tratamento e consequente agudização da DCNT.

Considerando os resultados analisados, observa-se que os serviços farmacêuticos devem pautar seus processos e tecnologias de forma que contemple as diferentes características e comportamentos dos usuários. Diehl e Langdon (2016) discutiram sobre diferentes experiências onde os indivíduos aderem de diferentes maneiras a um tratamento, seja em função de um efeito indesejado, da adaptação a outra atividade diária. Esse processo muitas vezes não é relatado ao profissional de saúde, justamente temendo repressão em função do “comportamento desviante” – em uma interpretação de *compliance*. O que se espera, é que o profissional tenha sensibilidade para acolher, avaliar e construir um projeto terapêutico baseado na concordância para o tratamento entre profissionais e usuários (HORNE et al., 2005). O farmacêutico tem o papel de esclarecer e apoiar outros profissionais e usuários no manejo da farmacoterapia de forma segura e efetiva e que promova a aderência do usuário.

A atenção e o seguimento do tratamento farmacológico requerem diferentes saberes. No caso das DCNT, onde o indivíduo com diagnóstico ou seu cuidador são responsáveis pela obtenção, manejo e uso dos medicamentos, é fundamental que a equipe de atenção à saúde desenvolva tecnologias e serviços que atendam suas diferentes necessidades, aumentando a taxa de tratamento completo. Com isso espera-se menos agudizações, melhores autoavaliações da saúde, redução da polifarmácia e maior eficiência dos serviços e cuidados em saúde.

7 SÍNTESE INTEGRADORA SOBRE SERVIÇOS FARMACÊUTICOS EM ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Entre o amplo espectro de atuação do farmacêutico, seu protagonismo frente ao *pharmakon* fez com que fossem concebidas tecnologias leves e duras que permitem o desenvolvimento, o acesso e o uso racional dos medicamentos como conhecemos atualmente. As tecnologias de produção de medicamentos estão centradas em complexos industriais de alta densidade tecnológica, de maneira concentrada e que oferecem o *pharmakon* a quem possa pagar ou acessar um serviço público que atenda necessidades de saúde dos indivíduos e das coletividades. O medicamento enquanto produto tecnicamente elaborado disposto em uma prateleira de farmácia ou na gaveta de um usuário, carrega toda a simbologia do *pharmakon*, onde aquele produto pode atuar em benefício ou tornar-se um veneno a quem o usa.

O que pende a balança do *pharmakon* para o bem das pessoas consiste nos serviços que fazem com que o produto chegue aos seus usuários de forma segura, na quantidade e tempo adequados, com a qualidade que permita sua ação. A ação efetiva de um medicamento também depende dos serviços relacionais que envolvem os profissionais da saúde (prescritores, farmacêuticos e outros componentes da equipe) e os usuários a quem o medicamento se destina.

Essa relação, quando observada sobre a perspectiva das necessidades em saúde, remete àquelas avaliadas pelo profissional e as percebidas pelos usuários de Andersen e Davidson (2007). Essas necessidades advêm das necessidades normativas de Bradshaw (1972), impostas pelo sistema ou pelo modelo de atenção à saúde estabelecido, que possibilitam ao profissional compreender a necessidade sentida pelo usuário e expressa quando o usuário demanda do profissional de saúde uma ação que o atenda. Esse processo pode ser observado quando há a indicação médica de tratamento farmacológico para uma DCNT, onde o profissional

atende a uma necessidade sentida pelo usuário e conduz de maneira normativa com a prescrição de um medicamento.

Ao analisar o comportamento dos indivíduos frente ao tratamento farmacológico em DCNT, é possível perceber que uma parcela significativa de indivíduos apresenta uma atitude de *noncompliance*, ou seja, não cumpre o que o profissional de saúde espera. Esse comportamento está associado à complexidade da avaliação da necessidade do uso do medicamento. As necessidades envolvem a autonomia dos sujeitos proposta como necessidade em saúde por Cecílio (2009). A não realização do tratamento, as alterações no tratamento, o aumento e a diminuição de doses, bem como a automedicação e outros componentes que levam a *noncompliance* podem estar relacionados tanto à organização dos serviços, quanto à autonomia dos sujeitos, nesse caso ao comportamento de *adherence*. Nesse aspecto, atender as necessidades de informação, como proposto por Asadi-Lari, Packham e Gray (2003) pode ser de grande valia na oferta de serviços farmacêuticos relacionados ao acesso e uso dos medicamentos. A necessidade de informação pode ser expressada ou não. O farmacêutico deve estar atento e sensível para que de forma oportuna dialogue com o usuário de seus serviços, utilizando de um conjunto de informações técnicas e experiências prévias de sua competência qualificando a tomada de decisão na *adherence* a um tratamento.

Outras variáveis que interferem no comportamento de *compliance* frente ao tratamento também podem ser observadas sob o aspecto das necessidades, ao avaliar a autopercepção da saúde, o perfil de automedicação relacionados às necessidades físicas de Asadi-Lari, Packham e Gray (2003). Esses mesmos autores e também Cecílio (2009) quando tratam das necessidades sociais e das condições de vida nos dizem para desenvolver serviços que atendam as diferentes faixas etárias, gêneros, comorbidades múltiplas. Da mesma forma, uma necessidade pode não ser atendida em função do acesso às diferentes tecnologias em saúde (Cecílio 2009), corrigida pela avaliação constante do sistema de

saúde observando as necessidades comparadas de Bradshaw (1972). Ao analisar as possibilidades de serviços farmacêuticos, conforme as categorias identificadas na seção 6.1, nos domínios Administrativo Gerencial e de Provimento de Medicamentos, o farmacêutico tem contribuições importantes a fazer na identificação, planejamento, programação e implantação de ações que permitam equalizar o acesso à saúde, em especial ao tratamento farmacológico.

Assim uma pessoa pode não realizar completamente seu tratamento ou abandoná-lo quando sua necessidade não é satisfeita pelo sistema de saúde (em função da normalização ou do acesso as tecnologias) ou pelos profissionais que não estão sensíveis ou estão impedidos de atender às necessidades expressas e sociais relacionadas àquela pessoa. Nesse processo de aproximação entre *compliance* e *adherence* é fundamental o vínculo entre profissional e usuário e o empoderamento de ambos na compreensão do sistema de saúde, das tecnologias disponíveis, das evidências e das culturas envolvidas no processo de cuidado.

O encontro dessas necessidades acontece quando um serviço de saúde é oferecido a quem está em necessidade. No âmbito dos serviços farmacêuticos em Assistência Farmacêutica isso pode acontecer em diferentes espaços, de maneira direta ou indireta.

No âmbito administrativo gerencial, pode-se desenvolver serviços farmacêuticos que promovam a acessibilidade e a estruturação da Assistência Farmacêutica, reduzindo a possibilidade de não tratar ou realização incompleta do tratamento aconteça por não ser oferecido um serviço adequado geograficamente, com uma ambiência e processos de trabalho que permitam o acolhimento das necessidades sentidas e expressas pelos usuários, incluindo as de acesso a bens e serviços.

O domínio do provimento de medicamentos, mesmo indireto, atende a necessidade de acesso ao *pharmakon*, que deve estar disponível no tempo, quantidade e forma adequada à pessoa

em necessidade de seu uso. Os serviços farmacêuticos desenvolvidos nesse processo têm impacto direto na realização do tratamento, bem como na situação de saúde das pessoas. Inclusive, a falta ou racionamento de um medicamento pode provocar alterações no regime terapêutico, na adesão, levando à *nonconcordance* e conseqüente piora nas condições de saúde, aumento de custos para o indivíduo e para o sistema.

Já os serviços relacionados à articulação matricial são essenciais no combate ao *noncompliance*, *nonadherence* e até mesmo de *nonconcordance*, pois mesmo a *concordance* sendo um processo relacional onde terapeuta e usuário estão em consenso, a conduta estabelecida pode não se realizar em função de um fator fora da governabilidade de ambos, mas que pode ser previsto e evitado com o envolvimento da equipe multiprofissional. Ele acontece onde as pessoas realizam seus atendimentos clínicos, ele aproxima as diferentes profissões da saúde o que permite o compartilhamento dos saberes, práticas e tecnologias que promovem o cuidado. Esses serviços atendem as necessidades de informação e necessidades sociais. Quando utilizados para resolver problemas da linha de cuidado, podem evitar que a *compliance* ou *concordance* de um tratamento seja prejudicada devido a falta de um exame, de uma consulta ou de uma prescrição atualizada. Esses serviços viabilizam ferramentas que promovem o uso racional de medicamentos, o uso de evidências como orientadora de condutas, alinham os diferentes serviços ofertados o que dá mais segurança ao usuário na execução de um tratamento medicamentoso. Esses serviços levam a situações e problemas comuns à prática farmacêutica, mas que são despercebidos por outros profissionais, como a atenção à adesão ao tratamento, reações indesejáveis, a polifarmácia e a automedicação. Esses eventos podem contribuir com a não aderência a um tratamento, sendo motivos indesejados pelo usuário, mas que o condiciona ao não cumprimento imposto na perspectiva do *compliance* e até mesmo os pactuados em *concordance*. O farmacêutico ao perceber inconsistências no processo de atendimento deve atuar junto à equipe e aos usuários no desenvolvimento de projetos terapêuticos viáveis,

preferencialmente antecipando-se a eventos que promovam o não atendimento ao acordado entre terapeuta e usuário.

Por fim, o domínio da atenção à saúde é onde os serviços farmacêuticos atuam diretamente junto ao usuário na resolubilidade de problemas e dificuldades relacionadas à farmacoterapia. Nesse momento o farmacêutico deve estar atento para acolher, vincular-se e produzir cuidado. Não se trata de impor ou atender apenas a uma necessidade normativa reforçando a cultura do *compliance*, mas de compreender as necessidades sociais, de condição de vida, sentidas e expressas que o usuário manifesta e juntos em uma clínica de sujeitos promover uma farmacoterapia possível e resolutive por meio da *concordance*.

Toda essa sensibilização e produção de serviços farmacêuticos só faz sentido se ao final for produzido cuidado. Que esse cuidado seja em benefício do outro. O primeiro passo para o cuidado é estar sensível a indicadores de não cumprimento da farmacoterapia, os quais devem ser acolhidos, analisados e ofertadas soluções. Um aspecto na produção do cuidado nos serviços farmacêuticos é a preocupação com a realização do tratamento, pois nenhum farmacêutico deve se conformar quando 25% das pessoas que deveriam usar um medicamento para DCNT não estão usando ou estão usando parcialmente, realizando um tratamento incompleto ou que não estão tratando. É necessário que o farmacêutico aplique seus conhecimentos e as competências sobre sua responsabilidade em benefício das pessoas em necessidade de saúde, de forma a intervir beneficemente no processo saúde/doença.

8 CONCLUSÕES

Os serviços farmacêuticos são abrangentes, assim como a profissão farmacêutica. Devem ser observados em cada área de atuação profissional. Os serviços relacionados à Assistência Farmacêutica foram objetos dessa tese. As áreas profissionais e a própria profissão farmacêutica sempre estão contidas no conjunto da saúde.

Como categoria analítica os serviços farmacêuticos puderam ser analisados, trazendo o conceito que remete à ação do profissional com a aplicação de suas competências ou aquelas sobre sua responsabilidade em função do outro. Nesse sentido, é importante considerar que, não precisa necessariamente o farmacêutico executar o serviço, ele pode supervisionar, responsabilizar-se, comandar ou integrar uma equipe que o faça.

Expor que o *noncompliance* está presente em 24,8% dos indivíduos adultos com DCNT no Brasil justifica a necessidade de analisar as prioridades para a Assistência Farmacêutica, no sentido de orientar as práticas profissionais no desenvolvimento de serviços farmacêuticos que atendam as necessidades em saúde das pessoas.

A mudança das práticas ocorre a partir do reconhecimento e análise crítica do cenário farmacêutico, da saúde e da Assistência Farmacêutica. Para isso, deve-se incorporar diferentes conceitos relacionados às necessidades, ao cuidado e dos serviços. E assim ressignificar o trabalho farmacêutico integrando-o em um sistema de saúde onde o destinatário final do serviço prestado serão as pessoas em necessidades.

O serviço farmacêutico pode acontecer em diferentes áreas e processos. A estruturação ainda representa o maior conjunto de prioridades para a Assistência Farmacêutica, elencada pelos atores sociais a ela relacionados. Mas, demonstraram as potencialidades para o desenvolvimento desses serviços no qual os beneficiários diretos incluem os gestores e o sistema de saúde, outros

profissionais e as pessoas com necessidades de saúde, principalmente relacionadas ao medicamento. Os serviços podem ser desenvolvidos no âmbito administrativo gerencial, no provimento de medicamentos, na articulação matricial com a equipe de saúde e diretamente na atenção à saúde das pessoas.

São muitas possibilidades para o desenvolvimento dos serviços farmacêuticos. Por exemplo, no caso da fitoterapia, o farmacêutico apresenta competências que qualificam os processos de seleção e aquisição desses medicamentos. Suas atividades e procedimentos podem constituir-se como serviços farmacêuticos, trazendo novo valor a esses processos. Dessa forma, ampliar as possibilidades na definição de um elenco, no acesso a informação qualificando o processo terapêutico e o cuidado disponibilizado por um serviço de saúde.

Os serviços farmacêuticos constituem-se de processos relacionais, do desenvolvimento de tecnologias leves, da análise situacional que permita a realização de um tratamento farmacológico pelos indivíduos com essa necessidade. Avaliar os comportamentos relacionados ao tratamento farmacológico mostrou-se estratégico no desenvolvimento e direcionamento dos serviços farmacêuticos. Ao avaliar a *compliance*, foi possível agregar características ao perfil das pessoas em relação ao seu tratamento, promovendo a assertividade dos serviços farmacêuticos oferecidos em *concordance* às pessoas com necessidades em saúde.

Esses serviços são processos em construção. Assim como os conceitos e interpretações da Assistência Farmacêutica, se transformam ao longo do tempo. São polissêmicos. Estão vinculados a concepções políticas no âmbito da profissão ou de conjuntura geral fazendo com que a profissão farmacêutica viva ciclos de descrédito, reinvenção e retomada de suas origens. Enquanto que os serviços circulam entre entendimentos voltados a operacionalização e aplicação de procedimentos e outros voltados ao atendimento, ao cuidado e tecnologias relacionais que utilizam de instrumentos e ferramentas em seu processo de trabalho.

Independentemente do cenário, os serviços farmacêuticos em Assistência Farmacêutica devem ter o atendimento às necessidades em saúde como estruturante, tendo como foco a realização de um tratamento medicamentoso, quando necessário, que atenda critérios de segurança, efetividade, viabilidade e factibilidade e que tenha como objetivo final a produção de cuidado. O cuidado farmacêutico só é cuidado se fizer sentido para o usuário, se atender a uma necessidade sua. Por isso é fundamental que seja construído em conjunto, em uma nova clínica em um novo jeito de fazer saúde, no qual os conhecimentos de núcleo são integrados em processo multiprofissionais. Mesmo que indiretamente é possível contribuir na produção do cuidado, viabilizando um tratamento farmacológico necessário ou interrompendo algum que não atenda o esperado. O serviço farmacêutico não trata somente do fornecimento de um produto (medicamento ou laudo), mas do atendimento a necessidade em saúde de uma pessoa ou de um coletivo e dessa forma colabora na produção do cuidado em saúde.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, L. **Os Conjuntos**. UFJF. Disponível em: <<http://www.ufjf.br/cursinho/files/2014/05/1-Conjuntos.pdf>> Acesso em: 06 fev. 2017.
- AIZENSTEIN, M.L.; TOMASSI, M.H.. Problemas relacionados a medicamentos; reações adversas a medicamentos e erros de medicação: a necessidade de uma padronização nas definições e classificações. **Rev Ciênc Farm Básica Apl.**, Araraquara, 2011;32(2):169-173. Disponível em: < http://serv-bib.fcfar.unesp.br/seer/index.php/Cien_Farm/article/viewFile/2066/1099> Acesso em 12 out. 2016.
- ALANAC – Associação dos Laboratórios Farmacêuticos Nacionais. **Mercado Nacional Deve Movimentar R\$ 132 bi em 2015**. Disponível em < http://www.alanac.org.br/noticias-setor.php?id_noticia=1341> . Acesso em: 03 ago. 2015.
- ALVES, L. S.; RODRIGUES, R. N.. Determinantes da autopercepção de saúde entre idosos do Município de São Paulo, Brasil. **Rev Panam Salud Publica**. 2005;17(5/6):333–41. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v17n5-6/26270.pdf>>. Acesso em 17 jul 2017.
- ANDERSEN, R.M.; DAVIDSON, P.L.. Improving access to care in America: Individual and Contextual Indicators. In: Andersen RR, T. H.; Kominski, G. F., editor. **Changing the US health care system**. 3rd ed. San Francisco: John Wiley & Sons, Inc.; 2007. p. 3-30.
- ANTONIO, G.D.; et al., Contribuições das plantas medicinais para o cuidado e promoção da saúde na atenção primária. **Interface (Botucatu)**. v. 17, n. 46, p. 615-33. 2013.

ARAUJO, A. L. de et. al.. Estudos brasileiros sobre automedicação: uma análise da literatura. **Rev. Bras. Farm.** Rio de Janeiro, 96 (2): 1178 – 1201, 2015. Disponível em: <<http://www.rbfarma.org.br/files/699--Estudos-brasileiros-sobre-automedicacao--uma--analise-da-literatura---Formatado---Review-1178---1201.pdf>> Acessos em 18 jul 2017.

ARAUJO, S. Q. et al . Organização dos serviços farmacêuticos no Sistema Único de Saúde em regiões de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 22, n. 4, p. 1181- 1191, Abr 2017 Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n4/1413-8123-csc-22-04-1181.pdf>>. Acesso em 30 Abr. 2017.

AROUCA, A. S. da S.. **O dilema preventivista**: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. 1975. 197 f. Tese (Doutorado) - Curso de Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1975. Disponível em: <<http://teses.iciet.fiocruz.br/pdf/aroucaass.pdf>>. Acesso em: 08 out. 2016.

ARRAIS, P. S. D. et al . Prevalência da automedicação no Brasil e fatores associados. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 50, supl. 2, 13s, 2016 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102016000300311&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 05 ago. 2017.

ARRAIS P. S. D. et. al. Prevalência e fatores determinantes do consumo de medicamentos no Município de Fortaleza, Ceará, Brasil. **Cad Saude Publica**. 2005;21(6):1737-46. DOI:10.1590/S0102-311X2005000600021. Acesso em 04 ago 2017.

ARRAIS, P. S. D. et al. Perfil da automedicação no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, n. 1, p. 71-77, fev. 1997 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101997000100010&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 18 jul. 2017.

ASADI-LARI, M.; TAMBURINI, M. GRAY, D.. Patients' Needs, Satisfaction, and Health Related Quality of Life: Towards a Comprehensive Model. **Health and Quality of Life Outcomes** 2 (2004): 32. *PMC*. Web. 8 Oct. 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC471563/>. Acesso em 08 out. 2016.

ASADI-LARI, M. PACKHAM, C.; GRAY, D. Need for Redefining Needs. **Health and Quality of Life Outcomes** 1 (2003): 34. *PMC*. Web. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC194225/> . Acesso em 08 out. 2016. (b)

ASADI-LARI, M., PACKHAM, C., GRAY, D. Unmet health needs in patients with coronary heart disease: implications and potential for improvement in caring services. **Health and Quality of Life Outcomes**, 1, 26. 2003. Disponível em: <http://doi.org/10.1186/1477-7525-1-26> . Acesso em 08 out. 2016(a)

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Ricardo Bruno: história, processos sociais e práticas de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 20, n. 3, p. 905-912, Mar. 2015 . Disponível em < <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015203.00112015>. >. Acesso em 08 out. 2016.

AYRES, J. R. C. M.. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. In: AYRES, J. R. C. M.. **Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde**. Rio de Janeiro: Cepesc, 2009. Cap. 2. p. 41-73. Disponível em: <<https://www.cepesc.org.br/wp-content/uploads/2013/08/miolo-livro-ricardo.pdf>>. Acesso em: 12 jul. 2016.

AYRES, J. R. C. M.. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saude soc.**, São Paulo , v. 13, n. 3, p. 16-29, Dez. 2004 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902004000300003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 08 Out. 2016

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Persona, 1979. 225 p.

BARRETO, J. L. et al. Operacionalização de um processo de planejamento. In: LEITE, S. N. et. al (orgs.). **Gestão da Assistência Farmacêutica**. Florianópolis: Editora UFSC, 2016. p. 113-58 (Assistência Farmacêutica no Brasil: Política, Gestão e Clínica, v. 2);

BARRETO, J. L.; GUIMARÃES, M. do C. L.. Avaliação da gestão da Assistência Farmacêutica básica em municípios baianos, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.26, n.6, p.1207-1220, 2010.

BELL, J. S. et al. Concordance is not synonymous with compliance or adherence. **Br J Clin Pharmacol**. 2007 Nov; 64(5): 710–711. Published online 2007 Sep 15. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2203263/>>. Acessos em 04 ago 2017.

BENDER, G. A.; THOM, R. A.. **A History of Pharmacy in Pictures**. Washington: WSU, 1965. 41 p. Taken From the book: "Great Moments in Pharmacy". Disponível em: <[http://www.pharmacy.wsu.edu/history/a history of pharmacy in pictures.pdf](http://www.pharmacy.wsu.edu/history/a%20history%20of%20pharmacy%20in%20pictures.pdf)>. Acesso em: 11 jul. 2016.

BERMUDEZ, J. A. Z. **Indústria Farmacêutica, Estado e Sociedade. Crítica da Política de Medicamentos no Brasil**. São Paulo, SP: HUCITEC/SOBRAVIME, 1995. 204 p.

BERTOLDI, A. D. et al . Perfil sociodemográfico dos usuários de medicamentos no Brasil: resultados da PNAUM 2014. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 50, supl. 2, 5s, 2016 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102016000300310&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 15 jul. 2017

BERTOLDI, A. D. et al. Utilização de medicamentos em adultos: prevalência e determinantes individuais. **Rev Saude Publica**. 2004;38(2):228-38. DOI:10.1590/S0034-89102004000200012

BRADSHAW, J R et al. **Jonathan Bradshaw on Social Policy: Selected Writings 1972–2011**. York: York Publishing Services Ltd, 2013. 345 p. Disponível em: <<http://www.york.ac.uk/inst/spru/pubs/pdf/JRB.pdf>>. Acesso em: 08 out. 2016.

BRADSHAW, J. The taxonomy of social need. In: MCLACHLAN, G. (Ed.). **Problems and Progress in Medical Care**. Oxford: Oxford University Press, 1972.

BRASIL. **Lei Federal n. 13.021, de 08 de agosto de 2014**. Dispõe sobre o exercício e a fiscalização das atividades farmacêuticas. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2014/Lei/L13021.htm >. Acesso em: 31 out. 2014. (a)

BRASIL. Ministério da Saúde. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica: Caderno 1 - serviços farmacêuticos na atenção básica à saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 108 p. (b)

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa. **RDC N° 26, de 13 de maio de 2014**. Dispõe sobre o registro de medicamentos fitoterápicos e o registro e a notificação de produtos tradicionais fitoterápicos. Agência Nacional de Vigilância Sanitária: 2014 (c).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº 834**, de 14 de maio de 2013. Redefine o Comitê Nacional para a Promoção do Uso Racional de Medicamentos no âmbito do Ministério da Saúde. Brasília: DF. 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0834_14_05_2013.html>. acesso em 01 de ago 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº 837**, de 18 de abril de 2012. Define as diretrizes e os critérios para o estabelecimento das Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo (PDP). Diário Oficial da União 2012; 27 abr. (a)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: RENAME**. Brasília: 2012(b).

BRASIL. **Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa e dá outras providências. Brasília. DF. 2011. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm>. Acesso em: 25 jan. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Ambiência**. 2ª ed.. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. 32 p.. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ambiencia_2ed.pdf> . Acesso em : 11 out. 2014. (a)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: RENAME**. 7 ed. Brasília: Athalaia. 2010. 249p. (b)

BRASIL, Anvisa. **Resolução RDC Nº 44, DE 17 DE AGOSTO DE 2009**. Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências. Brasília: 2009. (a)

BRASIL, Ministério da Saúde. **Diretrizes para Estruturação de farmácia no âmbito do Sistema de Saúde**: Serie A, Normas e Manual Técnico, Brasília, DF, 2009 (b).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Departamento de Assistência farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Programa Nacional De Plantas Medicinais E Fitoterápicos**. Brasília. Série C. Projetos, Programas e Relatórios, 2009 (c).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 648**, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS).. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília: DF, 2006. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0648_28_03_2006.html> acesso em 02 ago 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução CNS nº 338**, de 06 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 maio 2004. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/resolucao_338_politica_ass_farmacaceutica.pdf . Acesso em 20 de junho de 2013.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Resolução CNE/CES nº 2, de 19 de Fevereiro De 2002**. Brasília, DF, 2002. Disponível em: <<http://www.mec.gov.br/cne/pdf/CES022002.pdf>>. Acesso em; 25 de janeiro de 2005.

BRASIL. Câmara dos Deputados. **CPI Medicamentos**. Brasília, DF: 1999. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-temporarias/parlamentar-de-inquerito/51-legislatura/cpimedica> . Acesso em 08 out. 2016. (a)

BRASIL. **Lei nº 9.787, de 10 de fevereiro de 1999**. Altera a Lei no 6.360, de 23 de setembro de 1976, que dispõe sobre a vigilância sanitária, estabelece o medicamento genérico, dispõe sobre a utilização de nomes genéricos em produtos farmacêuticos e dá outras providências. Brasília, DF:1999. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9787.htm Acesso em 08 out. 2016. (b)

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.916/GM em 30 de outubro de 1998**. Brasília, DF, 1998. Disponível em: http://www.cff.org.br/userfiles/file/portarias/3916_gm.pdf . Acesso em 08 out 2016.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 20 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. In: CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. **A Organização Jurídica da Profissão Farmacêutica**, Brasília: CFF, 1996. p. 621-634

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988.

BRASIL. **Decreto nº 85.878, de 07 de janeiro de 1981**. Estabelece normas para execução da Lei nº 3.820, de 11 de novembro de 1960, sobre o exercício da profissão de farmacêutico, e dá outras providências. Brasília, DF, Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/Antigos/D85878.htm. Acesso em: 08 out. 2016.

BRUNING, M. C. R.; et al., A utilização da fitoterapia e de plantas medicinais em unidades básicas de saúde nos municípios de Cascavel e Foz do Iguaçu - Paraná: a visão dos profissionais de saúde. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 17, n. 10, p. 2675-2685, 2012 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001000017&lng=en&nrm=iso. Acesso em 22 maio 2016.

CAMPESE, M. ; MEZZAROBBA, L. . Ensino Farmacêutico no Brasil: do currículo mínimo às Diretrizes Nacionais Curriculares. **Olho Mágico** (UEL), v. 12, p. 03-08, 2005.

CAMPOS, G. W. de S.; AMARAL, M. A. do. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, Ago. 2007 . Disponível em

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000400007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 16 Jun. 2013.

CAMPOS, G. W. de S.; DOMITTI, A. C.. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 23, n. 2, p. 399-407, Feb. 2007 . Disponível em

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000200016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 30 Abr. 2017.

CAMPOS, G. W. de S.. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 5, n. 2, p. 219-230, 2000 . Disponível em

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232000000200002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 13 Out 2016.

Campos G.W. de S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: uma proposta de reorganização do trabalho em saúde. **Ciênc Saúde Coletiva** 1999; 4:393-404.

CAPRARA, A. Uma abordagem hermenêutica da relação saúde-doença. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, n. 4, p.923-931, 2003. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n4/16842.pdf>> . Acesso em 31 jan. 2017

CARTA DE SÃO PAULO. **5º Congresso Brasileiro Sobre o Uso Racional de Medicamentos**: O uso racional de medicamentos e a segurança do paciente. São Paulo: 2014. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/novembro/11/Carta-S--o-Paulo--site.pdf>> . Acesso em 08 de fevereiro de 2016.

CARVALHO, M. N. de; LEITE, S. N.. Itinerário dos usuários de medicamentos via judicial no estado do Amazonas, Brasil. **Interface**, Botucatu , v. 18, n. 51, p. 737-748, dez. 2014 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014000400737&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 21 abr. 2017.

CARVALHO, M. N. de et al. Expansão e diversificação da força de trabalho de nível superior nas Unidades Básicas de Saúde no Brasil, 2008 - 2013. **Saúde em Debate**, [s.l.], v. 40, n. 109, p.154-162, jun. 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201610912>.

CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. IN: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A., orgs. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, ABRASCO, 8ed, 2009.

CECÍLIO L. C. O., MERHY E. E.. **A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar**. Campinas: Unicamp; 2003. Disponível em: <<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-07.pdf>> acesso em 30 abr. 2017

CECCIM, Ricardo Burg. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 10, n. 4, p. 975-986, Dec. 2005 . Disponível em < <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v10n4/a20v10n4.pdf>>. Acesso em 30 Abr. 2017.

CFF – CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. **Serviços farmacêuticos diretamente destinados ao paciente, à família e à comunidade**: contextualização e arcabouço conceitual / Conselho Federal de Farmácia. Brasília: Conselho Federal de Farmácia, 2016. 200 p. : il.

CFF – CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. **Áreas de atuação**: Atividades farmacêuticas. 2016. Disponível em: <<http://www.cff.org.br/pagina.php?id=87>> . Acesso em: 23 de janeiro de 2016.

CFF – Conselho Federal de Farmácia. **Resolução nº 585**, de 29 de agosto de 2013. Regulamenta as atribuições clínicas do farmacêutico e dá outras providências. Brasília: 2013. Disponível em: <http://www.cff.org.br/userfiles/file/resolucoes/585.pdf>. Acesso em 08 de fevereiro de 2016.

CFF – Conselho Federal de Farmácia. **Resolução nº 499** de 17 de dezembro de 2008. Dispõe sobre a prestação de serviços farmacêuticos, em farmácias e drogarias, e dá outras providências. Brasília: 2008. Disponível em: <http://www.cff.org.br/userfiles/file/resolucoes/499.pdf>. Acesso em 08 de fevereiro de 2016.

CHAVES, M. M. N.. **Competência avaliativa do enfermeiro para o reconhecimento e enfrentamento das necessidades em saúde da família**. 2010. Tese (Doutorado em Enfermagem, área de concentração saúde coletiva). Pós-graduação interunidades EEUSP-EERP da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

CONASS. **QUALIFAR SUS - Programa de Qualificação da Assistência Farmacêutica no SUS**: minuta de portaria que regulamenta a transferência de recursos financeiros do Eixo Estrutura para 2014. Nota técnica 09/2014. Brasília: 2014. Disponível em: <<http://www.conass.org.br/notas%20tecnicas/NT%2009%20-%202014%20-%20Expansa%CC%83o%20do%20QualifarSUS.pdf>> . Acesso em 11 out. 2014.

CONASS. **Assistência Farmacêutica no SUS**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Coleção para entender a gestão do SUS. v.7. Brasília: CONASS, 2011. 186 p.

CONSÓRCIO PARANÁ SAÚDE. **Quem Somos**. 2016. Disponível em: <<http://www.consorcioparanasaude.com.br/>> Acesso em 28 maio 2016.

CONSÓRCIO PARANÁ SAÚDE. **Guia de Medicamentos**. Curitiba: Consórcio Paraná Saúde, 2011.

CORRER, C. J.; OTUKI, M. F.; SOLER, O.. Assistência farmacêutica integrada ao processo de cuidado em saúde: gestão clínica do medicamento. **Rev Pan-Amaz Saude**, Ananindeua, v. 2, n. 3, set. 2011. Disponível em http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2176-62232011000300006&lng=pt&nrm=iso. acessos em 16 jun. 2013.

COSTA, K. S.; NASCIMENTO JR., J. M. do. HÓRUS: inovação tecnológica na assistência farmacêutica no sistema único de saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, supl. 1, p. 91-99, Dec. 2012. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000700013&lng=en&nrm=iso. Acesso em 21 Abr. 2017.

DIAS, J. P. S.. A Farmácia e a história. In: MENEZES, Ricardo Fernandes de. **Da história da Farmácia e dos Medicamentos**. Rio de Janeiro: UFRJ, 2004. Disponível em: http://www.farmacia.ufrj.br/consumo/leituras/lm_historiafarmaciamed.pdf. Acesso em: 11 jul. 2016.

DIEHL, E. E.; GRASSI, F. Uso de medicamentos em uma aldeia Guarani do litoral de Santa Catarina, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 8, Ago. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000800009&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 23 jan. 2012.

DUARTE, E. C.; BARRETO, S. M.. Transição demográfica e epidemiológica: a Epidemiologia e Serviços de Saúde revisita e atualiza o tema. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 21, n. 4, p. 529-532, dez. 2012. Disponível em http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742012000400001&lng=pt&nrm=iso. acessos em 08 out. 2016.

DUNCAN, Bruce Bartholow et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, supl. 1, p. 126-134, Dec. 2012. Disponível em

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000700017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 12 out. 2016.

ESTEFAN, I. J. S.. O ensino de Farmácia. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 4, p. 511-532, Dec. 1986. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1986000400011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 01 Ago. 2017.

FARAGO, C. C.; FOFONCA, E. A análise de conteúdo na perspectiva de Bardin: do rigor metodológico à descoberta de um caminho de significações. Disponível em: <http://www.letras.ufscar.br/linguasagem/edicao18/artigos/007.pdf> Acesso em 16 de junho de 2013.

FENAFAR - FEDERAÇÃO NACIONAL DOS FARMACÊUTICOS (Brasil). **Fenafar repudia declaração de Ministro Ricardo Barros contra farmacêuticos**. 2016. Disponível em:

<<http://www.fenafar.org.br/index.php/2016-01-26-09-32-20/fsa/954-fenafar-repudia-declaracao-de-ministro-ricardo-barros-contrafarmacuticos>>. Acesso em: 07 jul. 2016.

FRAIZ, I. C.. **Gestão: Itinerário Terapêutico e Peregrinação** – Um Estudo Sociológico da Perda do Bebê no Bairro Sitio Cercado-Curitiba. 2001. Dissertação (Mestrado em Sociologia) – Universidade Federal do Paraná, Curitiba, PR.

FREIDSON, E.. Para Uma Análise Comparada das Profissões: A institucionalização do discurso e do conhecimento formais. In: **Encontro Anual da ANPOCS**, 19., 1995, Caxambu. Disponível em: <http://www.anpocs.org.br/portal/publicacoes/rbcs_00_31/rbcs31_08.htm>. Acesso em: 18 set. 2016.

GADAMER, H-G. **Verdade e Método**: Traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 1999. 730 p.

GAF – CURSO DE GESTÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA. **Sobre o Curso**. 2016. Disponível em :
<<https://unasus.ufsc.br/gestaofarmacaceutica/sobre/>> Acesso em 13 out 2016.

GNJIDIC D.; TINETTI, M.; HEATHER G. A.. Assessing medication burden and polypharmacy: finding the perfect measure. **Expert review of clinical pharmacology**, 2017. vo. 10. n. 4. 345-347.
Disponível em:
<<http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/17512433.2017.1301206>>. Acesso em 15 jul 2017.

GIAF-UGR. Seguimiento farmacoterapéutico: Método Dáder (3ª revisión: 2005). **Pharmacy Pract** (Granada), Redondela, v. 4, n. 1, p. 44-53, marzo 2006. Disponível em
<http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1885-642X2006000100008&lng=es&nrm=iso>. acesso em 01 agosto 2017

GONZALEZ, Fredy. ¿Qué Es Un Paradigma? Análisis Teórico, Conceptual Y Psicolingüístico Del Término. **Investigación y Postgrado**, Caracas , v. 20, n. 1, p. 13-54, abr. 2005 . Disponível em
<http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1316-00872005000100002&lng=es&nrm=iso>. Acesso 17 jan 2016.

GOULART, F. A. A.. **Doenças crônicas não transmissíveis: estratégias de controle e desafios e para os sistemas de saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 92 p. Disponível em:
<http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/06/Condicoes-Cronicas_flavio1.pdf> . Acesso em 12 out. 2016.

GROCHOCKI, M. H. C.; OLIVEIRA, J. C.; PINHEIRO, R. M. . Seleção de Medicamentos. In: Farias, M. R. et. al (orgs.). **Seleção de Medicamentos**. Florianópolis: Editora UFSC, 2016. p. 113-58 (Assistência Farmacêutica no Brasil: Política, Gestão e Clínica, v. 3);

GUIMARÃES, M. do C. L.; LEITE, S. N.. Gestão da Assistência Farmacêutica. In: **Gestão da Assistência Farmacêutica** [Recurso eletrônico] / Universidade Federal de Santa Catarina, Universidade Aberta do SUS. Florianópolis: UFSC, 2011.

GUIMARÃES, M. do C. L.; SANTOS, S. M. C. dos; MELO, C.; FILHO, A. S.. Avaliação da capacidade de gestão de organizações sociais: uma proposta metodológica em desenvolvimento. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.6, p.1642-1650, nov-dez, 2004.

HEPLER, C. D.; STRAND, L. M. Opportunities and responsibilities in the pharmaceutical care. **Am J Hosp Pharm**, v. 47, p. 533-543, 1990.

HORNE, R. et al. **Concordance, adherence and compliance in medicine taking** – Report for the National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organization R & D. London: NHS, 2005.

Disponível em:

<http://www.netscc.ac.uk/hsdr/files/project/SDO_FR_08-1412-076_V01.pdf>. Acesso em: 02 ago 2017.

HORTALE, V. A.; et. al., Desafios na construção de um modelo para análise comparada da organização de serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 79-88, Jan. 1999.

Disponível em

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1999000100009&lng=en&nrm=iso>. Acesso 19 Maio 2016.

IBANEZ, G. et. al. Adesão e difi culdades relacionadas ao tratamento medicamentoso em pacientes com depressão. **Rev Bras Enferm**.

2014 jul-ago;67(4):556-62. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n4/0034-7167-reben-67-04-0556.pdf>>. Acessos em 18 jul 2017.

IVAMA, A. M. et.al. **Consenso brasileiro de atenção farmacêutica: proposta**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2002. 24 p.

JIN, J. et al. Factors affecting therapeutic compliance: A review from the patient's perspective. **Ther Clin Risk Manag.** 2008 Feb; 4(1): 269–286. Published online 2008 Feb. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2503662/>>. Acessos em 05 ago 2017.

KINSELLA, E. A. Hermeneutics and Critical Hermeneutics: Exploring Possibilities within the Art of Interpretation [47 paragraphs]. **Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research**, 7(3). 2006. Disponível em: < <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/145/319> > Acesso em 13 out 2016.

KENNIE-KAULBACH; N. et. all. Pharmacist provision of primary health care: a modified Delphi validation of pharmacists' competencies. **BMC Fam Pract.** 2012; 13: 27. Published online 2012 March 28. doi: 10.1186/1471-2296-13-27

KORNIS, G. E. M.; BRAGA, M. H.; PAULA, P. A. B. de. Transformações recentes da indústria farmacêutica: um exame da experiência mundial e brasileira no século XXI. **Physis**, Rio de Janeiro , v. 24, n. 3, p. 885-908, Set.. 2014 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312014000300885&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 01 ago 2017

LAGE, E. A.; FREITAS, M. I. de F.; ACURCIO, F. de A. Informação sobre medicamentos na imprensa: uma contribuição para o uso racional?. **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000500016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 jan. 2012.

LALANDE, A.. Vocabulário Técnico e Crítico da Filosofia. 3ª Edição. Tradução: Fátima Sá Correia. São Paulo, SP: Martins Fontes, 1999)

LALUNA, M. C. M. C.; FERRAZ, C. A.. Compreensão das bases teóricas do planejamento participativo no currículo integrado de um curso de enfermagem. **Rev Latino-am Enfermagem**. 2003. novembro-dezembro; 11(6):771-7. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v11n6/v11n6a11.pdf>> Acesso em: 15 ago.2014.

LAVRAS, C.. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saude soc.**, São Paulo, v. 20, n. 4, Dec. 2011 . <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902011000400005>. Acesso em 08 de outubro de 2016.

LEAL, M.; CAMARGO JUNIOR, K. R. de. Saúde Coletiva em debate: reflexões acerca de um campo em construção. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 16, n. 40, p. 53-66, Mar. 2012. Disponível em

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832012000100005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 08 out. 2016.

LEITE, S. N., GALDINO, S. L.. Graduação e pós-graduação em Farmácia no Brasil: convergências e fortalecimento de capacidades. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação** [on line] 2013, 17 (Out-dez). Disponível

em:<<http://4www.redalyc.org/articulo.oa?id=180129748025>>. Acesso em: 01 ago 2017.

LEITE, S. N., et. al.. I Fórum Nacional de Educação Farmacêutica: o farmacêutico que o Brasil necessita. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação** [on line] 2008, 12 (Abril-Junho): Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180114105025>>. Acesso em 1 ago 2017.

LEITE, S. N.; VASCONCELLOS, M. da P. C. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. **Ciência e Saúde Coletiva** [online]. 2003, vol.8, n.3, pp. 775-782. ISSN 1413-8123.

<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232003000300011>. Acessos em 02 ago 2017.

LEFEVRE, F. A função simbólica dos medicamentos. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 17, n. 6, Dec. 1983. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101983000600007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 jan. 2012.

LIMA-COSTA, M. F.; BARRETO, S. M.. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 12, n. 4, p. 189-201, dez. 2003. Disponível em <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742003000400003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 15 jul. 2017.

LOURENÇO, L. de F. L. et al. A Historicidade filosófica do Conceito Saúde. **Here: Historia da Enfermagem - Revista Eletrônica**, Brasília, v. 3, n. 1, p.17-35, jan. 2012. Disponível em: <<http://www.here.abennacional.org.br/here/vol3num1artigo2.pdf>>. Acesso em: 24 mar. 2017.

LUIZA, V. L.; et al., Aquisição de medicamentos no setor público: o binômio qualidade - custo. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 15, n. 4, p. 769-776, 1999, Rio de Janeiro. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1999000400011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 23 maio 2016

LUZ, M. T.. **Saúde**: origens etimológicas do termo. 2016. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/sau.html>>. Acesso em: 11 jul. 2016.

MAGARINOS-TORRES R., et al., Vivenciando a seleção de medicamentos em hospital de ensino. **Revista Brasileira de Educação Médica**. v. 35, n. 1, p. 77-85, 2011, Rio de Janeiro. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v35n1/a11v35n1.pdf>>. Acesso em: 23 de maio de 2016.

MAGLIO P. P., SPOHRER J.. Fundamentals of service science. **Journal of the Academy of Marketing Science**. 2008;36(1):18-20. Disponível em: <http://www.paulallen.ca/documents/2015/08/maglio-pp-and-spohrer-j-fundamentals-of-service-science-2008.pdf> . Acesso em 09 abr 2017.

MAGLIO P. P, et. al.. The service system is the basic abstraction of service science. **Information Systems and e-Business Management**. 2009;7(4):395-406.

MANZINI, F. et. al. **O farmacêutico na assistência farmacêutica do SUS: diretrizes para ação**. Brasília: Conselho Federal de Farmácia, 2015. 298 p. Disponível em: <http://www.cff.org.br/userfiles/file/livro.pdf> Acesso em 21 abr 2017.

MARIN, N.; et. al.. (org.). **Assistência Farmacêutica para Gerentes Municipais**. Rio de Janeiro, RJ: OPAS/OMS, 2003. 334 p.

MARQUES, S. B.; DALLARI, S. G.. Garantia do direito social à assistência farmacêutica no Estado de São Paulo. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 41, n. 1, p. 101-107, Feb. 2007 . Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000100014&lng=en&nrm=iso>. access on 21 Apr. 2017

MARTHA, D.; SOUSA, V. D.; MENDES, I. A. C.. Revisão dos desenhos de pesquisa relevantes para enfermagem: Parte 3: Métodos mistos e múltiplos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 5, Oct. 2007 . Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692007000500025&lng=en&nrm=iso>. access on 16 June 2013.

MATTOS, R. A. de. (Re)visitando alguns elementos do enfoque situacional: um exame crítico de algumas das contribuições de Carlos Matus. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, Ago. 2010. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 01 Nov. 2014.

MAX-NEEF, M.; ELIZALDE, A.; HOPENHAYN, M. **Desarrollo a escala humana: Conceptos, aplicaciones y algunas reflexiones**. 2nd. ed. Montevideo, Uruguay: Editorial Nordan-Comunidad, 1998.

MENDES, E. V.. 25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios. **Estud. av.**, São Paulo, v. 27, n. 78, p. 27-34, 2013. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142013000200003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 12 out. 2016.

MENDES, E.V.. **As redes de Atenção à Saúde**. 2 ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, ago. 2010. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500005&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 05 nov. 2011

MENGUE, S. S. et al. Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos (PNAUM): métodos do inquérito domiciliar. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 50, supl. 2, 4s, 2016. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.1590/s1518-8787.2016050006156>>. acessos em 01 maio 2017.

MERISIO, A. et. al. A aquisição de medicamentos para o Sistema Único de Saúde em municípios de pequeno porte do Estado de Santa Catarina. **Revista Brasileira de Farmácia** 93(2): 173-178, 2012. Disponível em: <http://www.rbfarma.org.br/files/rbf-2012-93-2-7.pdf>. Acesso em 23 maio 2016.

MINAYO, M. C. de S. **O Desafio do Conhecimento**: Pesquisa Qualitativa em Saúde. 14 ed. São Paulo: HUCITEC, 2014. 407 p.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B.. Trabalho em saúde. In. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. 2009.

Disponível em:

<http://www.epsjv.fiocruz.br/upload/d/Trabalho_em_Saude_ts.pdf>
. Acesso em: 31 out. 2014.

MERHY, E. E.. O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Ver-SUS Brasil**: caderno de textos. Brasília: Ministério da Saúde, p.108-137, 2004. Disponível em:

<http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/CadernoVER_SUS.pdf>
. Acesso em: 12 jul. 2016.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B., Por uma Composição Técnica do Trabalho Centrada nas Tecnologias Leves e no Campo Relacional. **Saúde em Debate**, Ano XXVII, v.27, N. 65, Rio de Janeiro, Set/Dez de 2003.

MORAES, E. N. de et al . Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional-20 (IVCF-20): reconhecimento rápido do idoso frágil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 50, 81, 2016 . Disponible en <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102016000100254&lng=es&nrm=iso>. accedido en 15 jul. 2017.

MORETTI-PIRES, R. O. **Gestão da Assistência Farmacêutica – Especialização a distância**, Modulo Transversal 2 – Trabalho de Conclusão de Curso. UFSC, Florianópolis, 2011. Lição 6 – Técnicas de Pesquisa em Saúde.

MOROSINI, M. V. G. C; CORBO, A. D.. **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. Disponível em: http://www.retsus.fiocruz.br/upload/publicacoes/pdtsps_4.pdf . Acesso em 15 de junho de 2013.

NAKAMURA, CA. O que faz o farmacêutico no NASF? Construção do processo de trabalho e promoção da saúde em um município do sul do Brasil. Florianópolis:Universidade Federal de Santa Catarina, 2013. **Dissertação (Mestrado)** – Programa de Pós-Graduação em Farmácia. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013.

NASCIMENTO-JÚNIOR, J. M. et. al. Prefácio 1: Educação Permanente e Transformadora na Assistência Farmacêutica para garantir os avanços de uma Política de Estado. In: SOARES, L. et. al (orgs.). **Atuação clínica do farmacêutico**. Florianópolis: Editora UFSC, 2016. p. 07-14 (Assistência Farmacêutica no Brasil: Política, Gestão e Clínica, v. 5);

NASCIMENTO JUNIOR, B.J. et al . Avaliação do conhecimento e percepção dos profissionais da estratégia de saúde da família sobre o uso de plantas medicinais e fitoterapia em Petrolina-PE, Brasil. **Revista Brasileira de Plantas Mediciniais**, Botucatu, v. 18, n. 1, p. 57-66, mar. 2016 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-05722016000100057&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 23 maio 2016.

NEWBOULD, J. et. Al.. Experiences of care planning in England: interviews with patients with long term conditions. **BMC Fam Pract**. 2012; 13: 71. Published online 2012 July 25. doi: 10.1186/1471-2296-13-71. Acesso em: 08 de outubro de 2016

NUNES, A. P. N.; BARRETO, S. M.; GONÇALVES, L. G.. Relações sociais e autopercepção da saúde: projeto envelhecimento e saúde. **Rev Bras Epidemiol**. 2012; 15(2): 415-28. Disponível em: <<https://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2012000200019>>. Acesso em 17 jul 2017.

OLIVEIRA, M. A. et al . Acesso a medicamentos para doenças crônicas no Brasil: uma abordagem multidimensional. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 50, supl. 2, 6s, 2016 . Disponível em < <http://dx.doi.org/10.1590/s1518-8787.2016050006161> >. acessos em 22 abr. 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Uso racional de los medicamentos:** Informe de la Conferencia de Expertos. Nairobi, 25 - 29 de noviembre de 1985. OMS: Geneva.1986. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/37403/1/9243561057_spa.pdf>. acesso em 01 maio 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO) - 1946.** Disponível em: <<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>>. Acesso em: 23 mar 2017.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE - OPAS. **A atenção à saúde coordenada pela APS:** construindo as redes de atenção no SUS - Contribuições para o debate. Brasília: OPAS, 2011. Disponível em: http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/03/aps_verde_new.pdf Acesso em: 16 de junho de 2013.

PEDUZZI, M.; SCHRAIBER, L. B.. Processo de trabalho em saúde. In. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde.** Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. 2009. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/protrasau.html>>. Acesso em: 31 out. 2014.

PEDUZZI, M.; ANSELMINI, M. L. O processo de trabalho de enfermagem: a cisão entre planejamento e execução do cuidado. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 55, n. 4, p. 392-398, jul./ago. 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v55n4/v55n4a06.pdf>>. Acesso em 08 out 2015.

PEPE, V. L. E. et al . A judicialização da saúde e os novos desafios da gestão da assistência farmacêutica. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 15, n. 5, p. 2405-2414, Aug. 2010 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500015&lng=en&nrm=iso>. access on 21 Apr. 2017

PEREIRA, L. R. L.; FREITAS, O. de. A evolução da Atenção Farmacêutica e a perspectiva para o Brasil. **Rev. Bras. Cienc. Farm.**, São Paulo, v. 44, n. 4, Dec. 2008 .

<http://dx.doi.org/10.1590/S1516-93322008000400006>

PEREIRA JÚNIOR N., CAMPOS G. W. S. Institutional support within Brazilian Health System (SUS): the dilemmas of integration between federal states and comanagement. **Interface** (Botucatu). 2014; 18 Supl 1:895-908. Disponível em

<<http://www.scielo.br/pdf/icse/v18s1/1807-5762-icse-18-1-0895.pdf>> Acesso em 30 abr. 2017.

PINHO, L. B. de; KANTORSKI, L. P.; SAEKI, T; DUARTE, M. de L. C.; SOUSA, J. de. A integralidade no cuidado em saúde: um resgate de parte da produção científica da área. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 09, n. 03, p. 835 – 846, 2007. Disponível em <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n3/v9n3a22.htm>

PINTO, V. B.. **Uso Racional de Medicamentos**: fundamentação em condutas terapêuticas e nos macroprocessos da Assistência Farmacêutica, Brasília: opas, Vol. 1, nº 12, jul. 2016.

PIRES, D.. A enfermagem enquanto disciplina, profissão e trabalho. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 62, n. 5, p. 739-744, Oct. 2009 . Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000500015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 18 set. 2016.

MATOS, E.; PIRES, D.. Teorias administrativas e organização do trabalho: de Taylor aos dias atuais, influências no setor saúde e na enfermagem. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 15, n. 3, p. 508-514, Set. 2006. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072006000300017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 01 ago. 2017.

RAMOS, L. R. et al . Polifarmácia e polimorbidade em idosos no Brasil: um desafio em saúde pública. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 50, supl. 2, 9s, 2016 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102016000300308&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 16 jul. 2017.

REVISTA DE SAÚDE PÚBLICA. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Usp, v. 50, 2016. Suplemento 2. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_issuetoc&pid=0034-891020160003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 01 fev. 2017.

RICIERI MC, et al. O farmacêutico no contexto da estratégia em saúde da família, que realidade é esta? **Visão Acadêmica**, Curitiba: 2006;7(2):6-11.

ROMANO-LIEBER N. S.; CUNHA, M. F. C.; RIBEIRO, E.. A Farmácia como Estabelecimento de Saúde. **Rev. de Direito Sanitário**, São Paulo v. 9, n. 3 p. 188-199 Nov. 2008 /Fev. 2009. Disponível em: <<http://www.periodicos.usp.br/rdisan/article/viewFile/13137/14942>>. Acesso em: 01 ago 2017.

ROSA, M. B.; REIS, A. M. M.; PERINI, E.. Drug shortage: a public health problem. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 32, n. 10, e00086916, Out. 2016 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2016001000301&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 22 Abr. 2017.

ROSSINI, F. L. **Curso de Matemática Básica**. Umuarama: 2010. Disponível em: <http://umuarama.ifpr.edu.br/wp-content/uploads/2010/05/nivelamento2010_matematica.pdf> Acesso em: 06 fev. 2017.

SANTOS, R. I. **Concepções de Assistência Farmacêutica no Contexto Histórico Brasileiro**. 2011. Tese (Doutorado em Farmácia, área de concentração fármacos-medicamentos). Pós-graduação em Farmácia da Universidade Federal de Santa Catarina.

SANTOS, R.L. et al . Análise sobre a fitoterapia como prática integrativa no Sistema Único de Saúde. **Revista Brasileira de Plantas Mediciniais**, Botucatu , v. 13, n. 4, p. 486-491, 2011 . Disponível em

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-05722011000400014&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 23 maio 2016.

SANTOS, T. S. dos. Do artesanato intelectual ao contexto virtual: ferramentas metodológicas para a pesquisa social. **Sociologias**, Porto Alegre, n. 22, dez. 2009 . Disponível em

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-45222009000200007&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 16 jun. 2013.

SANTOS, M. R. da C. **Profissão Farmacêutica no Brasil: História, Ideologia e Ensino**. Ribeirão Preto, SP: Holos, 1999. 156 p.

SATURNINO, L. T. M. et al. Farmacêutico: um profissional em busca de sua identidade. **Revista Brasileira de Farmácia**, Rio de Janeiro, 93(1), p.10-16, jan. 2012. Disponível em:

<<http://rbfarma.org.br/files/rbf-2012-93-1-2.pdf>>. Acesso em: 08 out. 2016.

SBRAF – Sociedade Brasileira de Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde. X Congresso Brasileiro de Farmácia Hospitalar. 2015. Curitiba, PR, **Anais**. Curitiba: SBRAF. 2015.

SCHMIDT, M. I. et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. **The Lancet**. Londres. saúde no Brasil. p. 61-74. Maio 2011. Disponível em

<<http://www.abc.org.br/IMG/pdf/doc-574.pdf>> . Acesso em 12 out. 2016.

SCLIAR, M.. História do conceito de saúde. **Physis**, Rio de Janeiro , v. 17, n. 1, p. 29-41, Abr. 2007 . Disponível em

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312007000100003&lng=en&nrm=iso>. acesso em 24 Mar. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312007000100003>.

SECOLI, S. R. et al . Farmacoeconomia: perspectiva emergente no processo de tomada de decisão. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, supl. p. 287-296, Dec. 2005 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000500029&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 23 Maio 2016.

SERAFIN, C.; CORREIA JÚNIOR, D.; VARGAS, M.. **Perfil do farmacêutico no Brasil: relatório**. Brasília: Conselho Federal de Farmácia, 2015. 44 p. Disponível em: <[http://www.cff.org.br/userfiles/file/Perfil do farmacêutico no Brasil _web.pdf](http://www.cff.org.br/userfiles/file/Perfil%20do%20farmac%C3%A9utico%20no%20Brasil_web.pdf)>. Acesso em: 29 mar. 2017.

SEVALHO G. O medicamento percebido como objeto híbrido: uma visão crítica do uso racional. In: Acurcio F. A., organizador. **Medicamentos e assistência farmacêutica**. Belo Horizonte: Coopmed; 2003. p. 1-9.

SILVA-ARIOLI, I. G. et. al.. Promoção e Educação em saúde: uma análise epistemológica. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília , v. 33, n. 3, p. 672-687, 2013 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932013000300012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 30 dez 2015.

SILVA, C. S. O. et al. Avaliação do uso de medicamentos pela população idosa em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 811-818, Dec. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452010000400022&lng=en&nrm=iso>. acessos em 18 July 2017.

SILVA, J. A. C. da et al. Prevalência de automedicação e os fatores associados entre os usuários de um Centro de Saúde Universitário. **Rev Bras Clin Med**. São Paulo, 2013 jan-mar;11(1):27-30. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2013/v11n1/a3385.pdf>>. Acessos em 18 jul 2017.

SIMAO, V. M.; MIOTO, R. C. T.. O cuidado paliativo e domiciliar em países da América Latina. **Saúde debate**, Rio de Janeiro , v. 40, n. 108, p. 156-169, Mar. 2016 . Disponível em <<http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104-20161080013>>. acesso em 01 Maio 2017.

SOARES, L. *et al* . A model for drug dispensing service based on the care process in the Brazilian health system. **Braz. J. Pharm. Sci.**, São Paulo, v. 49, n. 1, Mar. 2013 . <http://dx.doi.org/10.1590/S1984-82502013000100012>

SOARES, L. **O acesso ao serviço de dispensação e a medicamentos: modelo teórico e elementos empíricos**. 2013. Tese (Doutorado em Farmácia, área de concentração fármacos-medicamentos). Pós-graduação em Farmácia da Universidade Federal de Santa Catarina

TAVARES, N. U. L. et al . Acesso gratuito a medicamentos para tratamento de doenças crônicas no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 50, supl. 2, 7s, 2016 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102016000300313&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 22 abr. 2017.

TAVARES, N. U. L. et al . Fatores associados à baixa adesão ao tratamento farmacológico de doenças crônicas no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 50, supl. 2, 10s, 2016 . Disponível em <<http://dx.doi.org/10.1590/s1518-8787.2016050006150>>. acessos em 01 maio 2017. (b)

TAVARES, N. U. L. et al . Uso de medicamentos para tratamento de doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília , v. 24, n. 2, p. 315-323, June 2015 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222015000200315&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 12 Out. 2016.

TAVARES, N. U. L. et al . Factors associated with low adherence to medication in older adults. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, n. 6, p. 1092-1101, dez. 2013. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102013000601092&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 18 jul. 2017.

TAVARES, D. M. S.; GUIDETTI, G. E. C. B.; SAÚDE M. I. B. M.. Características sócio-demográficas, condições de saúde e utilização de serviços de saúde por idosos. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. 2008;10(2):299-309. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n2/v10n2a02.htm>>. Acesso em: 15 jul 2017

TEIXEIRA, C. F.; SOLLA, J, P. **Modelo de atenção à saúde: vigilância e saúde da família** [online]. Salvador: Editora EDUFBA, 2006. 237 p. Saladeaula series, nº3. ISBN 85-232-0400-8. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.

TESSER, Charles Dalcanale. Núcleos de Apoio à Saúde da Família, seus potenciais e entraves: uma interpretação a partir da atenção primária à saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, 2016 . Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/icse/2016nahead/1807-5762-icse-1807-576220150939.pdf>>. Acesso em 30 Abr. 2017.

TESSER, C. D.. A verdade na biomedicina, reações adversas e efeitos colaterais: uma reflexão introdutória. **Physis**, Rio de Janeiro , v. 17, n. 3, p. 465-484, 2007 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312007000300004&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 30 dez. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312007000300004..>

TRIVIÑOS, A. N. S.. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. 1 ed. São Paulo: Atlas, 1987. 175 p.

VALDERAS, J. M. Defining Comorbidity: Implications for Understanding Health and Health Services. **Ann Fam Med**. July 1, 2009 vol. 7 no. 4 357-363. Disponível em: <<http://www.annfammed.org/content/7/4/357.full>>. Acesso em 17 jul 2017.

VARGO S.L., LUSCH R.F.. Evolving to a new dominant logic for marketing. **Journal of Marketing**. 2004;68:1-17. Disponível em: <https://www.iei.liu.se/fek/frist/722g60/filarkiv-2011/1.256836/VargoLusch2004a.pdf> . Acesso em 09 abr 2017.

VIDOTTI, C.; et al. Sistema Brasileiro de Informação sobre Medicamentos – SISMED. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 16, n. 4, p. 1121-1126, 2000. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2000000400030. Acesso em: 23 maio de 2016.

WANNMACHER, L. Importância dos Medicamentos Essenciais em Prescrição e Gestão Racionais. In. BRASIL, Ministério da Saúde. **Uso Racional de Medicamentos: Temas Seleccionados**, Brasília: Editora Ministério da Saúde, 2012.

WANNMACHER, L. Medicamentos essenciais: vantagens de trabalhar com este contexto, **Uso Racional de Medicamentos: Temas Seleccionados**, Brasília: OPAS, vol. 3, n. 2, jan. 2006. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/med_essenciais.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2012.

WILLARD, L. D. (1982). Needs and medicine. **Journal of Medicine and Philosophy**. 1982. 7(3): 259-274