

ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE  
VITÓRIA – EMESCAM

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS E  
DESENVOLVIMENTO LOCAL

SEBASTIÃO GONÇALVES DE BARROS NETO

**O CUIDADO FARMACÊUTICO NO ÂMBITO DA ATENÇÃO BÁSICA SOB A  
ÓTICA DA INTEGRALIDADE**

VITÓRIA  
2017

SEBASTIÃO GONÇALVES DE BARROS NETO

**O CUIDADO FARMACÊUTICO NO ÂMBITO DA ATENÇÃO BÁSICA SOB A  
ÓTICA DA INTEGRALIDADE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Orientador: Prof. Dr. Luiz Henrique Borges

VITÓRIA

2017

Dados internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) EMESCAM  
– Biblioteca Central

---

B277c Barros Neto, Sebastião Gonçalves de.

O cuidado farmacêutico no âmbito da atenção básica sob a ótica da integralidade / Sebastião Gonçalves de Barros Neto. – Vitória: Emescam, 2017.

168 p. : il.

Orientador: Prof. Dr. Luiz Henrique Borges.

Dissertação (mestrado) em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local – Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, EMESCAM, 2017.

1. Atenção farmacêutica. 2. Integralidade. 3. Cuidado farmacêutico. 4. Atenção básica. 5. Políticas públicas. I. Borges, Luiz Henrique. II. Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, EMESCAM. III. Título.

CDU: 614.39

---

SEBASTIÃO GONÇALVES DE BARROS NETO

**O CUIDADO FARMACÊUTICO NO ÂMBITO DA ATENÇÃO BÁSICA SOB A  
ÓTICA DA INTEGRALIDADE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Aprovada em 23 de junho de 2017.

BANCA EXAMINADORA

---

Prof. Dr. Luiz Henrique Borges  
Escola Superior de Ciências da Santa  
Casa de Misericórdia de  
Vitória - EMESCAM  
Orientador

---

Prof. Dra. Angela Maria Caulyt Santos da  
Silva  
Escola Superior de Ciências da Santa  
Casa de Misericórdia de  
Vitória - EMESCAM

---

Prof. Dra. Maria Diana Cerqueira Sales  
Universidade Federal do Espírito Santo

Ao rei eterno e imortal, invisível, mas real, a Ele [...].

## AGRADECIMENTOS

A produção de uma Dissertação de Mestrado é, realmente, um processo demasiadamente árduo, laborioso e desgastante, pois se vive por meses um martelar de ideias na cabeça, às vezes surreais e quase sempre conflitantes, ainda mais em um período de notória complexidade política e econômica. Debruçar-me sobre o estudo das políticas públicas, escrever sobre política, integralidade e outros temas transversais não foi tarefa fácil, considerando o insólito e turbulento momento político de tanta decepção e desesperança, fruto de uma infeliz conjuntura política marcada pelos constantes ataques à democracia e ao Estado de Direito, sem contar a descomunal corrupção sistêmica capilarizada nos diversos níveis da administração pública e nas três esferas de poder da república, em maior proporção oriunda das associações ilícitas entre o setor público e o privado, e o recente caos da segurança pública em nosso Estado. Considere-se também a constatação de que grande parte das personalidades políticas que ocupam, por decisão da maioria dos eleitores, as instâncias de decisão políticas e os espaços de poder, infelizmente estavam contaminados pela promiscuidade política, pelo cinismo e dissimulação. No entanto, ainda creio que é nesses espaços que se conduzirá a transformação da sociedade, tornando o Brasil uma pátria soberana e fraterna. Feitas essas considerações, destaco que felizmente, mesmo diante das intempéries do caminho, pude contar com o apoio de muitos, os quais aqui deixo minha profunda gratidão.

Ao Deus misericordioso, que nos primórdios da eternidade, pelo bom prazer da sua vontade, determinou e predestinou, minuciosamente, cada detalhe dessa bela história.

Aos meus pais que, com humildade, dedicação e muito trabalho, também colhem esse fruto. Em especial à minha mãe, Mirian Sigismundo Barros, historiadora, exemplo de cidadã e de dedicação aos filhos. Obrigado por sempre apoiar os meus sonhos e minhas decisões, opondo-se a todas as retaliações, e por não medir esforços para que esse sonho se concretizasse, mesmo diante de todas as forças contrárias. Ao meu irmão querido, Lucas Gabriel Sigismundo Barros. Desde os tempos de criança, somamos cada alegria e dividimos cada dor. Agradeço pelo amor e esforço de ser o alicerce de nossa mãe durante toda a minha “ausência”.

Ao meu orientador, Dr. Luiz Henrique Borges, professor, pesquisador incansável, dotado de elevado domínio das Ciências da Saúde e Sociais, bem como de uma profunda familiaridade com as políticas públicas, fruto de longos anos de dedicação à docência, à pesquisa e aos movimentos sociais. Tão erudito e exemplar quanto humilde, encarregou-se de me orientar na condução desta pesquisa, contribuindo com o tesouro de sua prodigiosa memória e de suas abundantes sugestões. Ao senhor, o meu muitíssimo obrigado!

À EMESCAM, instituição de ensino que aprendi a amar. Na figura dos professores do Programa de Pós-graduação (*stricto sensu*) em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local, pelos incontáveis momentos de aprendizagem, formando-me um cidadão consciente e capaz de intervir com discernimento na sociedade da qual faço parte. Sou grato também a Yara, que carinhosamente sempre atendeu minhas solicitações.

A todas as amigas que fiz no Mestrado, em especial à minha turma 2015/1, por cada momento tão precioso, profícuo e único, de estudo, diálogo, cumplicidade, prestatividade, celebração e amizade. Sem dúvida, deixamos marcas profundas no programa e seguimos marcados pela saudade. Aos amigos integrantes do grupo de pesquisa *Trabalho e Saúde no Serviço Público*, pela convivência e pelos encontros frutíferos, que trouxeram muito para nossas vidas.

À Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Luciana Carrupt Machado Sogame, pois inicialmente pretendia desenvolver uma pesquisa quantitativa e, naquele momento, pude contar com sua presteza e seus férteis apontamentos. À Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Jane Cruz Prates, pelas críticas, observações e sugestões que foram imprescindíveis para a fundamentação desta investigação. Meu muito obrigado!

À Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Silva Moreira Trugilho que, de forma atenciosa, também esclareceu minhas dúvidas quanto à metodologia qualitativa; pelo convite e pela oportunidade de realizar o estágio em docência em sua disciplina “Políticas de Saúde” no quinto período do curso de bacharel em Serviço Social. Obrigado!

À Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Renata Albin Dias Saliba, pelas incontáveis e oportunas contribuições durante a banca examinadora de qualificação e também por prontamente ter aceitado o convite.

Em especial, agradeço à Profª Drª Angela Maria Caulyt Santos da Silva, presença transformadora em minha vida durante essa caminhada, pelas provocações sobre o processo civilizador e a finitude da vida, que me fizeram refletir e enxergar a beleza que nos habita, dando-lhe o valor e a importância merecidos. Sou grato também pela sua participação nas bancas de qualificação e defesa, pelos comentários, apontamentos e críticas que foram preciosos para este trabalho.

À querida Profª Drª Maria Diana Cerqueira Salles, agradeço pelos diálogos inspiradores e frutíferos que trouxeram contribuições inestimáveis para esta tarefa, nos exames de qualificação e defesa; também pela sua admirável postura pessoal, na qual me inspiro. Contar com o seu olhar sobre esta pesquisa é, sem dúvida, uma grande honra.

À Secretaria Municipal de Saúde de Vitória/ES, por aprovar e demonstrar total interesse na realização desta investigação, tornando-se coparticipante. Creio que este é um passo importante para avançar rumo à qualificação dos serviços farmacêuticos no âmbito municipal, aspirando a um cuidado integral. Aos queridos colegas farmacêuticos trabalhadores da Atenção Básica (AB) de Vitória/ES, que separaram um tempo em meio a suas rotinas intensas, para prontamente responder as perguntas do roteiro.

À Profª Drª Josidéia Barreto Mendonça e à Profª Drª Maristela Dalbello Araújo, pela graciosidade de participar como membros suplentes da banca de defesa.

Aos profissionais da Biblioteca Central da EMESCAM, pela finura para os meus momentos de estudo e pelo auxílio durante as pesquisas no acervo.

À agência de fomento Fundação de Amparo à Pesquisa do Espírito Santo (FAPES), pelo fundamental apoio e financiamento deste trabalho.

Aos meus familiares, de quem foram subtraídos momentos de convívio para dedicar-me a esta pesquisa, pelo apoio, pela compreensão e pela colaboração, sempre que solicitados. Em especial aos que me acolheram quando foi preciso. À minha avó, Felomena Lopes Sigismundo, Miníca para os íntimos, pelas orações e bênçãos, por sempre demonstrar o seu amor por mim, preocupando-se comigo. Amo você!

A Everaldo Roberto de Araujo Júnior, que mesmo distante, separados por muitas “milhas”, se fez presente. Como escreveu Cora Coralina em poesia “[...] sei que nada do que vivemos tem sentido, se não tocarmos o coração das pessoas”.

Ao meu amigo, Jose Camilo Guedes Brito, pela amizade e por me acolher e apresentar-me a Grande São Paulo, quando fui a convite do Conselho Nacional de Imigração (CNIg), mesmo estando em plena semana de provas. Obrigado sempre!

A querida Dr<sup>a</sup> Mayelin Ledesma Ramos, por me ajudar a restabelecer minha saúde emocional. Saudade...

Aos amigos da Igreja Evangélica Missão Praia da Costa, por fazerem a minha estadia na Ilha de Vitória mais feliz, leve, aconchegante e animada. Sou grato por cada momento. Levo vocês comigo. Em especial agradeço ao meu querido mestre Rev. Mario Magalhães (*in memoriam*), pelas orações e pelo agir, bem como pelas palavras simples, firmes e pacificadoras, abundantemente impregnadas de sensibilidade e credibilidade, com as quais aprendi o amor a Deus e ao próximo, vendo o mundo com as lentes de Cristo, portanto despido de ideologias e preconceitos humanos, reconhecendo em ser sensível a grande fortaleza de existir, doar, compartilhar e receber.

Aos meus amigos de Água Doce do Norte/ES, que mesmo de tão longe acompanharam todo esse processo, apoiando e torcendo, para a concretização de um sonho. Amo vocês!

À professora Virgínia Coeli Passos de Albuquerque, pela revisão.

A todos os amigos e familiares que dedicaram um pouco do seu tempo para me prestigiar na seção solene de defesa, mesmo àqueles que não puderam estar fisicamente, mas que marcaram presença através de palavras carinhosas enviadas à distância.

Por vezes, a gente meramente passa pelos dias. De quando em quando, a rotina sufoca, a gente deixa de falar o que deveria ter dito e deixa para a próxima, para depois, para amanhã, e esquecemos que o “amanhã” pode não chegar. A você que não encontrou o seu nome aqui registrado, mas que também foi abrigo nos temporais, sombra nos longos dias de calor, refúgio em meio às muitas tribulações, ancoradouro singular, o meu afetuoso, em letras garrafais, MUITÍSSIMO OBRIGADO!

*Tudo é ilusão, diz o Pregador. Tudo é ilusão. Tudo é inútil. Qual a vantagem que o Homem consegue com o seu trabalho em que se esforça tanto debaixo do sol? Gente nasce e morre, mas a terra permanece para sempre. O sol nasce e se põe e volta ao lugar de onde nasceu. O vento sopra para o sul e para o norte, vai e vem, sopra aqui e ali, sem chegar a lugar algum. Os rios correm para o mar, mas o mar nunca fica cheio. A água volta para os rios e corre outra vez para o mar. A vida é uma canseira, nem dá para descrever! Mesmo que vejamos tudo que existe, não ficamos satisfeitos; podemos ouvir todos os sons, mas nem assim ficamos contentes. A história sempre se repete. O que foi feito se fará outra vez. Na verdade, não há nada de novo debaixo do sol. Tudo já foi dito ou feito antes. Você pode mostrar alguma coisa nova? Como é que você sabe que isso não existiu há muito tempo? Não podemos nos lembrar do que aconteceu no passado e daqui a algum tempo ninguém vai se lembrar do que nós fizemos. Eu, o Pregador, fui rei de Israel e morei em Jerusalém. Eu me esforcei para aprender bem tudo e a usar a sabedoria para explorar o que existe no universo. Descobri que Deus sobrecarregou o homem com trabalhos pesados. Tenho visto tudo o que é feito debaixo do sol. A vida é uma ilusão, é correr atrás do vento. O que está para mim mesmo: Bem, eu sou muito mais estudado que todos os reis que governaram Jerusalém. Na verdade, adquiri muita sabedoria e conhecimento. Por isso me esforcei bastante para ser sábio e conhecer a loucura e a insensatez, mas agora vejo que também é correr atrás do vento. Pois quanto maior é a sabedoria, maior é o sofrimento; quanto maior o conhecimento, maior a tristeza.*

*Eclesiastes 1 2-18 NVI*

## RESUMO

A prática farmacêutica vem transformando-se no Brasil e, principalmente após a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS) como Política Pública de Saúde, necessita de aperfeiçoamento para garantir a integralidade das ações. Objetivou-se analisar a prática farmacêutica nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) da Prefeitura Municipal de Vitória (PMV), no contexto da integralidade do cuidado em saúde. Para tanto, realizou-se uma pesquisa de campo descritiva exploratória, de caráter qualitativo, efetuada com entrevistas orientadas por roteiro semiestruturado. É objeto da investigação o Cuidado Farmacêutico nas UBS municipais. Assim sendo, o estudo concretizou-se nas UBS da PMV, onde entrevistaram-se 12 profissionais farmacêuticos. Processaram-se os dados por meio da análise de conteúdo, originando três categorias principais: o desafio do cuidado integral na UBS; o princípio da integralidade na Atenção Farmacêutica; o contexto néscio das políticas municipais sobre a prática clínica farmacêutica. Essas categorias se desdobraram em outras nove subcategorias. Pôde-se constatar que, mesmo de forma assistemática, há um lento movimento de mudança, evidenciado nas práticas exitosas de Cuidado Farmacêutico, para além das dimensões administrativo-gerenciais da dispensação de medicamentos. Há reaproximação com o paciente, com a formação de vínculos que propiciam maior acompanhamento da farmacoterapia; busca-se integração com a equipe de saúde, em razão da importância percebida na integralidade do cuidado, inclusive com a presença do farmacêutico em visitas domiciliares; há esforço por operacionalizar uma concepção holística e integral do paciente, para compreender a gênese dos fenômenos patológicos. Há mais de quinze anos, encontra-se no Plano Municipal de Saúde a proposição de se implantar a atenção farmacêutica, entretanto ainda não se efetivou, tendo em vista a necessidade de adequação do quantitativo de recursos humanos e dos espaços físicos, o que deixa a assistência farmacêutica municipal aprisionada às etapas de aquisição e distribuição dos medicamentos, prejudicando a integralidade das ações.

Palavras-Chave: Integralidade. Atenção Farmacêutica. Cuidado Farmacêutico. Atenção Básica. Políticas Públicas.

## ABSTRACT

Pharmaceutical practice has been changed in Brazil and, above all after Health Single System (SUS) was found as a Health Public Policy, it needs to be improved to ensure actions integrality. This study aimed to analyse pharmaceutical practice in Healthcare Centers (UBS) of Government of Vitória (PMV), considering integrality in healthcare. To achieve this goal, a qualitative exploratory descriptive field research was made, based on interviews conducted by semistructured guide. The subject of this investigation is the Pharmaceutical Care on municipal UBSs. So, this study was executed on UBSs from PMV, where 12 pharmacists were interviewed. Data were processed by content analysis that causes three main categories: the integral care on UBS challenge; the principle of integrality on Pharmaceutical Care; the foolish context of local policies about pharmaceutical clinic practice. These categories were divided into nine new subcategories. This study permitted verifying there are slow changes, despite unsystematic way, on Pharmaceutical Care, highlighting successful practices on it. This success overcomes administrative and managerial extends, concerning medicine dispensation. There are reconnection and emotional bonds with patients, and these bonds make possible a better pharmacotherapy monitoring. Just because integrality of care is important, an integration between health staff is intended, including a pharmacist that must be present in home visits. There is an effort to operationalize a holistic and integral conception about the patient, in order to understand the genesis of pathological phenomena. For fifteen years, the Health Local Plan presents a propose to implant pharmaceutical assistance, but this is just a propose because it is primarily necessary to adequate staff resources quantitative and physical spaces. This situation imprisons the pharmaceutical assistance to stages like purchase and delivery of medicines, prejudicing actions integrality.

Keywords: Integrality, Pharmaceutical Assistance, Pharmaceutical Care, Basic Care, Public Policies.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Mapa da Regionalização Administrativa do Município de Vitória .....	68
Figura 2 – Mapa da Regionalização da Saúde no Município de Vitória .....	68

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Dimensões e componentes comuns das políticas públicas.....	26
Quadro 2 – O antes e o depois do SUS .....	32
Quadro 3 – Eixos que operacionalizam a integralidade no campo da saúde .....	44
Quadro 4 – Legislação sanitária que dispõe sobre a atuação clínica farmacêutica no Brasil .....	62
Quadro 5 – Perfil dos participantes do estudo.....	75

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
AB	Atenção Básica
AF	Atenção Farmacêutica
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS	Atenção Primária à Saúde
ASF	Assistência Farmacêutica
CBO	Classificação Brasileira de Ocupações
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CFF	Conselho Federal de Farmácia
CNSDSS	Comissão Nacional Sobre Determinantes Sociais da Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CP	Ciências Políticas
EMESCAM	Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória
ES	Espírito Santo
ESF	Estratégia da Saúde da Família
ETSUS	Escola Técnica do Sistema Único de Saúde
EUA	Estados Unidos da América
GAF	Gerencia da Assistência Farmacêutica
GAT	Grupo de Apoio ao Tabagista
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
LOS	Lei Orgânica da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NVI	Nova Versão Internacional
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PMV	Prefeitura Municipal de Vitória
PNAF	Política Nacional de Assistência Farmacêutica
PNM	Política Nacional de Medicamentos

Qualifar-SUS	Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde
PRM	Problemas Relacionados com os Medicamentos
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
RH	Recursos Humanos
RNM	Resultados Negativos associados a Medicação
SEMUS	Secretaria Municipal de Saúde
SF	Seguimento Farmacoterapêutico
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFES	Universidade Federal do Espírito Santo
URM	Uso Racial de Medicamentos
USF	Unidade de Saúde da Família
WHO	<i>World Health Organization</i>

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	17
1.1 OBJETIVOS .....	24
1.1.1 Objetivo geral .....	24
1.1.2 Objetivos específicos.....	25
<b>2 REVISÃO DA LITERATURA</b> .....	26
2.1 A EXPRESSÃO DO QUERER SOCIAL PERSONIFICADA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.....	29
2.1.1 O Sistema Único de Saúde: uma breve conceituação .....	30
2.1.2 Do direito à saúde à criação do Sistema Único de Saúde .....	31
2.2 OS PRINCÍPIOS E AS DIRETRIZES QUE NORTEIAM O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.....	34
2.2.1 A integralidade .....	37
2.3 POLÍTICAS FARMACÊUTICAS DO BRASIL, ATENÇÃO FARMACÊUTICA E INTEGRALIDADE .....	47
2.3.1 Gênese e trajetória da Atenção Farmacêutica: estruturação do cuidado .	51
2.3.2 O Cuidado Farmacêutico e a integralidade na Atenção Básica .....	55
2.3.3 O Cuidado Farmacêutico, sua recepção e seu direcionamento legal .....	62
<b>3 METODOLOGIA</b> .....	65
3.1 TIPO DE ESTUDO .....	65
3.2 CENÁRIO E LOCAL DO ESTUDO.....	67
3.3 SUJEITOS DA PESQUISA.....	70
3.3.1 Critério de inclusão .....	71
3.3.2 Critério de exclusão .....	71
3.4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	71
3.5 ANÁLISE DE DADOS.....	73
3.6 ASPECTOS ÉTICOS.....	74
<b>4 RESULTADOS, ANÁLISE E DISCUSSÃO</b> .....	75
4.1 O PERFIL DOS PARTICIPANTES.....	75
4.2 O DESAFIO DO CUIDADO FARMACÊUTICO INTEGRAL NA ABS .....	76
4.2.1 O conhecimento sobre a Atenção Farmacêutica e a sua oferta .....	81

<b>4.2.2 O Cuidado presente no cotidiano: as principais atividades</b> .....	91
<b>4.3 O PRINCÍPIO DA INTEGRALIDADE NO CUIDADO FARMACÊUTICO</b> .....	97
<b>4.3.1 Percebendo a Integralidade no cotidiano da prática farmacêutica</b> .....	103
<b>4.3.2 O vínculo com o paciente na construção da integralidade</b> .....	108
<b>4.3.3 A relação paciente-medicamentos na visão do farmacêutico</b> .....	111
<b>4.3.4 A Integralidade na relação cotidiana com os demais profissionais</b> .....	117
<b>4.3.5 Os entraves cotidianos e o anseio pela integralidade</b> .....	122
<b>4.4 O CONTEXTO INEPTO DAS POLÍTICAS MUNICIPAIS SOBRE A PRÁTICA CLÍNICA FARMACÊUTICA</b> .....	128
<b>4.4.1 A exígua participação social</b> .....	129
<b>4.4.2 A inexistência da prescrição Farmacêutica na Atenção Básica municipal</b> .....	133
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	138
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	144
<b>APÊNDICE A – ROTEIRO SEMIESTRUTURADO</b> .....	162
<b>APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO</b> .....	163
<b>ANEXO A – AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE</b> .....	167
<b>ANEXO B – AUTORIZAÇÃO CEP – EMESCAM</b> .....	168

## 1 INTRODUÇÃO

A Atenção Farmacêutica (AF) ou o Cuidado Farmacêutico surge em meio a um sistema composto por diferentes profissionais que, em tese, compartilham de uma linguagem que contribui para a comunicação e a integração de saberes, conseqüentemente provendo um cuidado adequado, responsável, coordenado e integral aos pacientes.

Trata-se de uma prática profissional da Farmácia que reúne todas as características que definem a profissão e, destarte, a única apta para conceder o devido embasamento filosófico, humanístico, técnico-científico e gerencial, sendo essencial para oferta de um serviço de saúde de altíssima qualidade na sociedade. Para mais, é imprescindível que seja compreendido e implementado de modo que venha a acrescentar valor único e expressivo aos sistemas de saúde, em especial ao Sistema Único de Saúde (SUS), integrando-se facilmente aos demais serviços ofertados pelos demais componentes da equipe de saúde (OLIVEIRA, 2013).

Os fatores que culminaram no desenvolvimento do Cuidado Farmacêutico são diversos. A literatura aborda os avanços da indústria farmacêutica como precursor do desenvolvimento da prática em questão, posto que os avanços tecnológicos da ciência impulsionaram o surgimento de novos medicamentos que, por sua vez, tornaram-se majoritariamente a principal ferramenta terapêutica empregada no processo de produção social da saúde, para prevenir, curar e manter, sob controle, incontáveis doenças, independentemente do nível de atenção à saúde (OLIVEIRA, 2013; CARVALHO; MAGALHÃES; REIS, 2013).

Ademais, nos países ocidentais, a relação entre homem e medicamento é fortemente marcada pela medicalização mercantilizada. Dessa forma, comumente o medicamento é entendido como uma mercadoria, cujo consumo é fortemente incentivado, ora pela necessidade, ora pelo *status* ou pela cultura. Por conseguinte, tornou-se uma mercadoria — objeto, ornado pelo simbolismo, pelas crenças e pelas ideologias (LEFÈVRE, 1983). No entanto, o seu emprego também pode vir a ocasionar impactos negativos, como prejuízos à saúde, a despeito de destinar-se à cura ou à melhoria da qualidade de vida de doentes, porque o rumo do tratamento medicamentoso é passível de desvios. Os medicamentos possuem uma dimensão

dual, pois ao mesmo tempo que contribui sobremaneira para a resolutividade dos serviços em saúde, diminuição da morbidade e alcance de melhorias na qualidade de vida, também pode reduzir a segurança do cuidado, pois possui potencial capaz de causar danos (OLIVEIRA, 2013; CARVALHO; MAGALHÃES; REIS, 2013). Por isso, nesse processo é fundamental o acompanhamento por um profissional tecnicamente habilitado.

O referido problema público pode ser contido, desde que seja ofertado um cuidado integral que enfatize o uso racional dos medicamentos e, quando necessário, a monitorização do uso. Sem dúvida, essa conduta constitui um grande desafio para os farmacêuticos, visto que, não obstante as grandes transformações pelas quais a profissão foi submetida, desde os tempos do saudoso boticário, o atual farmacêutico generalista ainda não firmou um compromisso social visível e convincente, que estritamente solucione uma carência da sociedade. A posição social do sujeito em questão está desvinculada da saúde, uma vez que a sua função é autolimitada (por desinteresse e dificuldade) à dispensação. Vigora uma concepção de que as ações dos farmacêuticos estão limitadas unicamente à aquisição, à distribuição e à dispensa de medicamentos. Por consequência da institucionalização dessa visão equivocada, é comum observar a Assistência Farmacêutica restrita à logística e despojada das ações e dos serviços do SUS.

Além disso, a sociedade tem deixado de confiar nesse profissional em consequência da sua “ausência” nas farmácias. Os usuários não sabem diferenciar o farmacêutico do balconista — o técnico —, tampouco sabem qual deles prestou o atendimento; não sabem se o objetivo da abordagem foi dar assistência ou lucrar com a venda (no caso das farmácias privadas). O balconista passou a ser uma figura prevalente no cotidiano das pessoas, chegando até a ser cognominado “farmacêutico”. Se não bastasse, é uma espécie de benjamim dos donos dos estabelecimentos, porque com sua atuação brilhante na arte da “empurroterapia” se obtêm os altos lucros. Tal conjuntura gera reflexos negativos no serviço público. A indústria farmacêutica, em suas ações de *marketing* veiculadas na mídia, aborda os medicamentos como um objeto — bem de consumo milagroso —, com o único intuito de alcançar maiores cifras no retorno financeiro. O valor e o *status* conferidos ao medicamento alimentam, na sociedade,

uma crença equivocada de que o alcance da saúde é unidimensional (BRASIL, 2014c).

Sublinha-se que a principal questão a ser observada, à vista desse cenário, são as consequências desses aspectos conferidos aos medicamentos (LEFÈVRE, 1983). O resultado do jogo de interesse são as elevadas taxas de automedicação e o uso irracional, que resultam em reações adversas, resistências microbianas e intoxicações (BRASIL, 2014c). Somado a isso, incluem-se também as falhas na farmacoterapia, oriundas da prescrição (WIEDENMAYER et al., 2006; CORRER; OTUKI, SOLER, 2011; SOUZA, 2013). Mediante tais inconvenientes, não é difícil constatar que se trata de um expressivo problema público e que, entre outras coisas, é acrescido pelas mudanças socio-demográficas e epidemiológicas. Trata-se de transição particularizada por uma tripla carga de mortalidade produzida pela manifestação de diferentes doenças (MENDES, 2011). Ora, a soma desses fatores eleva sobremaneira os gastos com internações, consultas e taxas de insucessos da farmacoterapia, agravando o quadro de saúde do doente e culminando em maior dispêndio financeiro por parte do sistema de saúde, que se verá incapaz de solucionar o problema por ser demasiadamente custoso (WIEDENMAYER et al., 2006; CORRER; OTUKI, 2013; SOUZA, 2013).

Contraditoriamente a essa corrente, concordamos com a afirmação da Organização Mundial da Saúde (OMS) ao destacar que tão importante quanto a disponibilidade é a orientação e a monitorização do uso do medicamento. Com efeito, nessa perspectiva, a OMS alertou que os

[...] farmacêuticos deveriam sair detrás do balcão e começar a servir ao público, provendo cuidado ao invés de apenas comprimidos. Não há futuro no simples ato de entregar medicamentos. Essa atividade pode e será feita pela internet, máquinas e/ou técnicos bem treinados. O fato de o farmacêutico ter um treinamento acadêmico e agir como um profissional da saúde coloca uma obrigação sobre ele para mais bem servir à comunidade, de uma forma melhor do que faz atualmente (WHO; FIP, 2006, apud BRASIL, 2014c, p. 53).

Dessa forma, reforça-se a ideia de que o farmacêutico possui inegável potencial para atuar no sentido de alcançar melhores resultados farmacoterapêuticos, proporcionando mais qualidade de vida aos usuários do sistema. A adoção do Cuidado Farmacêutico e a prática da clínica farmacêutica pelo SUS mostra-se como

uma deliberação oportuna e emergencial (SILVA, 2009; CORRER; OTUKI, 2013), que certamente demandará a quebra de paradigmas históricos, tarefa um tanto difícil.

Estudos destacam a desenvoltura do Cuidado Farmacêutico de reforçar os serviços corriqueiros da prática farmacêutica, como aquisição e dispensação, inserindo novas práticas, como gestão clínica do fármaco, incorporando serviços clínicos orientados ao alcance de melhores resultados em saúde, por intermédio da interação mais proximal entre o profissional e o seu paciente e em cooperação com toda a equipe de saúde (CORRER; OTUKI; SOLER, 2011; WIEDENMAYER et al., 2006).

Posto isso, cabe recuperar a afirmação do doutor Robert Cipolle (1986, p. 881) que, na tentativa de desconstruir o equívoco, fez a seguinte sustentação em um periódico: *“Drugs don’t have doses, peoples have doses”*, traduzido para “Os medicamentos não têm doses, as pessoas têm doses” (tradução livre). Sua afirmação é vista por muitos autores como sendo o marco da transição da profissão farmacêutica em direção ao cuidado, ocorrida inicialmente nos EUA, entre 1970 e 1980 (SILVA, 2009). Cumpre consignar o caráter incisivo, expresso em sua alegação, fruto da constatação de que o modelo de prática focada na gestão burocrática do medicamento até então adotado havia se esgotado. Em momento algum pode-se perder de vista que, nessa época, crescia a necessidade de redefinir o significado, o lugar e a função da farmácia junto à sociedade. O descontentamento provocou uma série de debates em torno dos rumos da profissão e o resultado dessa reflexão foi a concepção da Atenção Farmacêutica (AF), novo modelo de prática que incluiu gestão clínica e atuação mais assistencialista (HEPLER; STRAND, 1990). Desde então, o papel do farmacêutico no cuidado à saúde, no mundo ocidental, tem passado por uma profunda e necessária reorientação.

No Brasil, desde o final da década de 1980, logo depois da implantação do SUS, foi proposto que o farmacêutico atuasse na Atenção Básica de Saúde (ABS) (BRASIL, 1998). O Cuidado Farmacêutico se constitui em consonância com ABS, pois há previsão legal que o insere nas ações e nos serviços que garantem a integralidade da assistência, por meio de condutas de saúde articuladas e voltadas aos cidadãos, no âmbito da promoção, da proteção e da recuperação da saúde. Com base nas explicações da Portaria nº 3.916, de 30 de outubro de 1998, que aprovou a Política Nacional de Medicamentos (BRASIL, 1998), é adequada a atuação do farmacêutico

na prestação de ações inerentes ao tratamento farmacoterapêutico eficaz, devendo o medicamento ser entendido como insumo estratégico e o paciente, como foco principal.

Diante de tais considerações, é oportuno discorrer sobre a finalidade do Cuidado Farmacêutico por meio da clínica farmacêutica: “[...] provisão responsável do tratamento farmacológico com o objetivo de alcançar resultados satisfatórios na saúde, melhorando a qualidade de vida do paciente” (HEPLER; STRAND, 1990, p. 539, tradução livre). Nessa esteira, cabe esclarecer que, no momento atual, ocorre uma mudança terminológica, pois o termo antigo vem caindo em desuso, dando lugar a “Cuidado Farmacêutico”. A farmácia clínica contemporânea tem incorporado a filosofia de prática concebida no Brasil — a Atenção Farmacêutica —, onde também é denominada Cuidado Farmacêutico, com ampliações e aperfeiçoamentos provenientes do termo “*Pharmaceutical Care*” (AMERICAN COLLEGE..., 2008). Registra-se, ainda, que as últimas publicações do SUS já aderiram à nova nomenclatura (BRASIL, 2014c). Pelas precedentes razões, resta claro que essa nova nomenclatura expressa com maior clareza a filosofia e o conceito construído ao longo dos últimos anos. Por fim, usaremos essa nova terminologia no discorrer desta pesquisa.

Diante disso, é premissa basilar e razão da existência da filosofia da AF satisfazer essa necessidade social. A AF norteia os comportamentos e estabelece regras, ações e responsabilidades, por intermédio de princípios e valores. O Cuidado Farmacêutico/paciente, guiado por essa filosofia, oportuniza o vínculo e uma relação terapêutica profícua com o paciente, que é tomado como um sujeito que possui crenças, desejos, vontades, sonhos, conhecimentos e preferências, devendo ter suas particularidades consideradas e respeitadas. Percebe-se que há uma lógica de produção de saúde colaborativa, dado que, entre outras coisas, ela insere o paciente no processo de elaboração do plano de cuidado, o que permite sua participação e sua consciência das medidas definidas, medida justa, já que é ele quem irá vivenciar os resultados desse cuidado.

O objeto social da farmácia tem deixado de ser o medicamento, justamente porque a profissão farmacêutica, embora lentamente, move-se na direção do cuidado direto ao indivíduo em tratamento, não o reduzindo apenas a um “usuário de medicamento (s)”.

A mudança vem marcada pela abordagem compreensiva do ser humano em sua plenitude, sob uma visão integral do indivíduo.

A farmácia sempre esteve presente na vida e no cotidiano do ser humano, principalmente nos momentos de dificuldade e aflição ocasionados pela dor e sofrimento físico. Há quem diga que ela é tão antiga quanto a humanidade. Ao longo do tempo, passou de rudimentar a científica, atravessando os séculos e chegando até nós. Atualmente, a farmácia caminha em direção ao cuidado integral dos sujeitos, visando garantir farmacoterapia efetiva e promoção da saúde. E, como toda a mudança, tem gerado discussões frutíferas sobre os rumos e as perspectivas da profissão. Diante disso, percebe-se que há um longo percurso pela frente, devido à infinidade de mudanças que necessitam ser feitas nos serviços farmacêuticos ofertados (CORRAL; SOUZA; NEGRÃO, 2009; OLIVEIRA, 2013).

Enfim, convém explicitar o propósito da pesquisa. É objeto desta investigação a prática farmacêutica nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) municipais e sua adequação ao princípio da Integralidade em Saúde, haja vista que o Ministério da Saúde preconiza a atuação desse profissional na Atenção Básica (BRASIL, 2014c). Destarte, nota-se a importância de verificar e descrever a contribuição do profissional farmacêutico nos serviços de saúde, no que diz respeito à atenção contínua, integral, responsável e humanizada. Tal cuidado visa à resolutividade dessas ações, focadas na otimização dos benefícios e na minimização dos riscos decorrentes do uso do medicamento, indo além, ao descrever sua concepção sobre o tema e seu lugar nas ações de saúde promovidas.

O tema abordado nesta pesquisa é de relevância prática e social, diante da necessidade de ampliar a visão de gestores, pesquisadores, técnicos e profissionais da área, para que percebam a importância do objeto em questão e a contribuição para a garantia da integralidade do cuidado e da promoção da saúde na atenção primária. Cabe recuperar, nessa esteira, que o Cuidado Farmacêutico possui fundamento jurídico e científico; logo, sua adoção na rede de saúde pública do país é urgente, uma vez que contribui para um modelo de atenção integral que, entre outras coisas, é capaz de humanizar as relações interpessoais no cuidado à saúde.

É importante frisar que a integração da Assistência Farmacêutica nas Redes qualifica as ações de saúde voltadas ao acesso aos medicamentos. Desse modo, o Cuidado Farmacêutico contribui para sanar as demandas de saúde, uma vez que reaproxima o profissional farmacêutico dos cuidados diretos com o paciente, além de integrá-lo à equipe de cuidado sob uma filosofia de trabalho cooperativo que incorpora a prática da gestão clínica no seu cotidiano. Ciente disso, o Ministério da saúde desenvolveu o Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no âmbito do SUS (Qualifar-SUS) (BRASIL, 2014c).

Não é demais lembrar que o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) se constitui como um dispositivo marcadamente estratégico na busca de melhorias para a qualidade dos serviços ofertados na Atenção Básica (AB), na medida em que amplifica o escopo das ações, por intermédio do compartilhamento mútuo dos saberes, contribuindo para resolutividade clínica. Dessa forma, sublinhe-se que, por constituir-se de uma equipe multiprofissional, há previsão legal que viabiliza a possibilidade de inserção do farmacêutico na AB, oportunizando a sua participação nas ações de cuidado, não apenas naquelas destinadas à gestão burocrática da assistência farmacêutica.

O serviço de clínica farmacêutica supre uma lacuna importante do cuidado por meio de ações direcionadas à melhoria do processo de utilização dos fármacos e ao aprimoramento da farmacoterapia, com a interação direta junto ao paciente e aos demais integrantes da equipe, visando, como já mencionado, o alcance de resultados terapêuticos satisfatórios que acarretarão também na melhoria da qualidade de vida dos indivíduos em tratamento. Nesse ponto, registra-se ainda que, na perspectiva da gestão clínica, é fácil constatar que os serviços de clínica farmacêutica são, sem sombra de dúvida, uma tecnologia possante, apropriada para a gestão eficiente da farmacoterapia, por articular-se com outras tecnologias.

Em nenhum momento, pode-se desconsiderar que o Município de Vitória/ES, aparentemente, possui em suas Unidades Básicas de Saúde (UBS) infraestrutura compatível com os critérios exigidos para inserção de programas de AF. Além do mais, é sabido que, em um passado ainda recente, houve a tentativa de se implantar nas unidades um projeto para tal finalidade. Refiro-me ao Projeto Farmácia da Família, vencedor do Prêmio David Capistrano conferido pelo SUS e pelo Ministério da Saúde,

por meio da Secretaria Executiva/Coordenação da Política Nacional de Humanização, entregue em 2004.

Além disso, o *Plano Municipal de Saúde da Prefeitura Municipal de Vitória (2014–2017)*, ainda vigente, em sua 13ª Diretriz, objetiva o “[...] fortalecimento da implementação das diretrizes e regulação da assistência farmacêutica no sistema municipal de saúde” (VITÓRIA, 2013, p. 28), ampliando o acesso e a promoção do uso racional. Outrossim, cabe recuperar uma de suas metas para o quadriênio, que consiste em implantar, “[...] sistematicamente, o seguimento farmacoterapêutico na consulta farmacêutica e na visita domiciliar em 100% da Rede Básica” (VITÓRIA, 2013, p. 28).

É relevante estudar como a Assistência Farmacêutica (em especial o Cuidado Farmacêutico), como expressão da integralidade do cuidado, tem sido implementada na Prefeitura Municipal de Vitória (PMV). A realização desta pesquisa é essencial para o desenvolvimento futuro de programas e políticas públicas efetivas voltadas ao tema em questão, bem como para a tomada de decisões coerentes, porquanto as informações obtidas darão o devido respaldo, além de fortalecer e empoderar os farmacêuticos para a reorganização de suas atividades.

Considerando o propósito desta Dissertação, são apresentados a seguir os objetivos da pesquisa. As demais seções discorrem, sequencialmente, sobre a revisão que serve de fundamentação teórica e base para discussão do tema; a metodologia utilizada; os resultados e a discussão, com análise da pesquisa empírica e, por fim, as considerações finais.

## 1.1 OBJETIVOS

### 1.1.1 Objetivo Geral

Analisar a prática farmacêutica nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) da Prefeitura Municipal de Vitória (PMV) no contexto da integralidade do cuidado em saúde.

### **1.1.2 Objetivos Específicos**

1. Descrever as concepções do profissional farmacêutico sobre a assistência farmacêutica, na perspectiva de uma abordagem ampliada dos cuidados farmacêuticos.
2. Descrever as condições de estrutura e processo que oportunizam ou obstaculizam a incorporação e prática das atividades clínicas farmacêuticas.
3. Verificar a existência de ações, normas legais, programas e estratégias municipais, voltadas em especial para o Cuidado Farmacêutico, que visem à integralidade, bem como avaliar a participação e o envolvimento dos profissionais farmacêuticos em sua proposição.

## 2 REVISÃO DA LITERATURA

O entendimento tradicional sobre políticas públicas expõe um conceito controverso, que, no geral, é mais pressuposto do que explicitado (CAVALCANTE FILHO, 2013). Talvez a razão esteja na natureza complexa do tema, sobretudo porque não se trata de um tema ontologicamente jurídico, mas resulta do conjunto de preocupações concernentes da teoria política (BUCCI, 1997).

Bobbio, Matteuci e Pasquino (1995, apud VIANA; BAPTISTA, 2008, p. 60), as definem como sendo um

[...] conjunto de disposições, medidas e procedimentos que traduzem a orientação política do Estado e regulam as atividades governamentais relacionadas às tarefas de interesse público, atuando e influenciando sobre as realidades econômica, social e ambiental).

Höfling (2001); Viana, Baptista (2008) e Liberati (2013) também abordam as políticas públicas sob essa concepção de que o Estado põe em prática um projeto de governo, por intermédio de programas e ações direcionadas a setores específicos da sociedade a qual governa. Cada definição tem como foco um ângulo diferente, indo desde as noções mais gerais até as mais específicas (BUCCI, 1997). No Quadro 1, mostram-se as dimensões e os componentes de política pública — significados comumente encontrados em dicionários de ciências políticas.

Quadro 1 – Dimensões e componentes comuns das políticas públicas

<b>Dimensão</b>	<b>Componente</b>
Institucional	É elaborada ou decidida por autoridade formal legalmente constituída no âmbito da sua competência e é coletivamente vinculante.
Decisório	É um conjunto de decisões, relativo à escolha de fins e/ou meios, de longo ou curto alcance, em uma situação específica e como resposta a problemas e necessidades.
Comportamental	Implica ação ou inação, fazer ou fazer nada; mas uma política é, acima de tudo, um curso de ação e não apenas uma decisão singular.
Causal	É um conjunto de ações que têm efeitos no sistema político e social.

Fonte: Saraiva (2006).

Nota: Adaptação do autor.

As políticas públicas, como objeto de estudo, podem ser ponderadas com o auxílio de esquemas analíticos, denominados tipologias que “[...] são formas de classificar os conteúdos, os atores, os estilos, as instituições [...]” (SECCHI, 2015, p. 24), a

intencionalidade, a essência e a natureza, dentro do ciclo, prevendo os possíveis resultados (SECCHI, 2015).

Conforme a tipologia de Lowi (1964, apud COTTA, MENDES; MUNIZ, 1998; FREY, 2000; SECCHI, 2015), há quatro tipos de políticas públicas: regulatórias, distributivas, redistributivas e constitutivas. De mais a mais, o processo de formulação das políticas públicas requer a execução de algumas etapas específicas: a formação da agenda das políticas governamentais; a produção da política, após ampla discussão; a escolha da melhor alternativa disponível e, por fim, a implantação da política definida. As duas primeiras etapas são também denominadas de estágios pré-decisórios (CAPELLA, 2007). Em suma, esse percurso consiste no trâmite seguido.

No Brasil, em especial, ainda é recente o aumento da procura pelo conhecimento dessa temática. Acredita-se que exista uma relação direta com as mudanças ocorridas recentemente na sociedade brasileira. A intensificação dos processos de inovações, ocorridos em programas de cunho governamental, provocados em parte pelas intensas disputas eleitorais e pela autonomia dos governos nas esferas locais etc., certamente contribuiu para esse desfecho (ARRETCHE, 2003; SOUZA, 2006).

De resto, “[...] as formas e características que o Estado assumiu ao longo da história são variadas [...]” (VEDOVATE; DELLORE, p. 145, 2013). Dessa forma, as políticas públicas

[...] podem variar de acordo com o grau de diversificação da economia, com a natureza do regime social, com a visão que os governantes têm do papel do Estado no conjunto da sociedade e com o nível de atuação dos diferentes grupos sociais (partidos, sindicatos, associações de classe e outras formas de organização da sociedade) (VIANA; BAPTISTA, 2008, p. 60).

Por serem produtos de diversos governos, expressando as concepções e as percepções ideológicas adotadas, resultaram em impactos diferentes na sociedade. Em aproximação ao objeto de estudo desta pesquisa, nos anos 1980, com o fim da ditadura militar brasileira, a intensificação dos debates sobre os direitos humanos no Brasil culminou na elaboração da nova Constituição da República Federativa do Brasil em 1988, a primeira a declarar a saúde como uma das condições indispensáveis à vida digna. Por conseguinte, tornou-se um direito humano fundamental. Nessa conjuntura, a política brasileira de saúde foi construída no intuito de viabilizar o

cumprimento normativo completo do direito à vida (ANDERSON, 1995; RODRIGUES et al., 2007; ESCOREL, 2008; RONZANI; MOTA, 2015).

O marco jurídico mencionado é, decerto, uma grande conquista. Em resposta às demandas persistentes, tem se desdobrado em outros dispositivos legais, instituições, organizações etc., pois, como bem argumenta Dias e Matos (2012), no texto constitucional não há políticas públicas, mas direitos que devem ser efetivados por intermédio das políticas públicas. Conseqüentemente, as políticas públicas são a via de concretização dos direitos inscritos nas leis do país.

Exemplo disso são as políticas de saúde que, para operacionalizar o princípio constitucional mencionado, lançaram mão da elaboração de novas normas jurídicas, bem como ocorreu com o SUS, organizado e posto em funcionamento pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990 (BRASIL, 1990b; BRASIL, 1990a; RONZANI; MOTA, 2015). Também são exemplos a Política Nacional de Medicamentos, aprovada pela Portaria nº 3.916, de 30 de outubro de 1998 (BRASIL, 1998), e a Política Nacional de Assistência Farmacêutica, aprovada pela Resolução CNS nº 338, de 6 de maio de 2004 (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2004), entre outras. Ambas também foram elaboradas em observância ao fortalecimento dos princípios e das diretrizes constitucionais, antes legalmente estabelecidos.

Aqui, abordamos o conceito de políticas públicas, oriundo de diferentes dimensões de análises. Também, dissertamos brevemente sobre os modelos de Estado, suas tendências e formas de interagir com seus cidadãos, no que se refere às políticas públicas. As ações e as atividades do Estado almejam atender aos direitos e às necessidades da sociedade, que tem, sob a égide da Constituição, a dignidade da pessoa humana, a liberdade, a saúde etc. (LIBERATI, 2013). Esta seção divide-se em três partes. Na primeira, dissertamos sobre o direito à saúde e seus desdobramentos até a criação do SUS. A segunda parte dedica-se aos princípios e às diretrizes que norteiam o sistema público brasileiro de saúde, dando maior enfoque ao princípio da Integralidade. A última se debruça sobre as políticas farmacêuticas do país, incluindo a gênese, o arcabouço teórico e jurídico da Atenção Farmacêutica, articulando-a ao princípio da Integralidade.

## 2.1 A EXPRESSÃO DO QUERER SOCIAL PERSONIFICADA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Pretende-se aqui resgatar a identidade e o lugar do SUS, articulando-o brevemente às determinações socio-históricas. O SUS foi constituído graças à mobilização da sociedade que, incansavelmente, reivindicava o reconhecimento e a materialização de uma nova concepção sobre saúde. Por fim, no ano de 1988, o SUS foi instituído constitucionalmente, democratizando a saúde. Nunca antes, na história do país, uma Carta Política Pátria atribuiu tamanha importância à saúde, o que tornou inexprimível essa conquista da sociedade brasileira.

O direito à saúde, elevado à categoria dos direitos fundamentais, por estar interligado ao direito à vida e à existência digna, representa um dos fundamentos da República Federativa do Brasil, sendo considerado pela doutrina e pela legislação pátria uma obrigação do Estado e uma garantia de todo o cidadão. Trata-se de um direito que decorre naturalmente do direito à dignidade da pessoa humana, que é irrenunciável, podendo ser visto como gênero do qual o primeiro é espécie. O SUS foi meticulosamente construído para operacionalizar esse princípio constitucional, por meio da reforma sanitária brasileira, fato histórico para a saúde no país. Conhecer a política de saúde brasileira é essencial para que possamos alcançar melhores condições de conduzir e prestar o devido cuidado aos cidadãos que procuram os serviços ofertados pelo Sistema Único de Saúde.

A constituição do SUS possui como princípios doutrinários a universalidade, a integralidade e a equidade das ações. Suas diretrizes estão relacionadas à gestão do sistema, sendo elas: à descentralização, hierarquização, participação e controle social. Para tanto, a partir de uma revisão bibliográfica, a seguir discorre-se sobre a criação do SUS, reinterpretando brevemente todo o processo e resgatando sua essência. Enfatiza-se o que a figura do SUS busca transmitir ao público, como também a importância da transmissão desse conhecimento para a sociedade, considerando o ordenamento jurídico nacional.

### 2.1.1 O Sistema Único de Saúde: uma breve conceituação

Há exatos 29 anos, em 1988, no texto constitucional do Brasil, o Sistema Único de Saúde era inscrito. Essa conquista democrática, conduzida por um amplo movimento social disposto de forma organizada e centrada na Reforma Sanitária brasileira, assinalou o desenvolvimento de uma nova configuração do pensamento sobre saúde e o modo de alcançá-la no Brasil (PEREIRA; LIMA, 2008). Para melhor compreensão de seus valores e princípios doutrinários, inicialmente é importante conhecer o que a expressão “SUS”, que ficou conhecida em todo o país, busca transmitir ao público.

A personalidade expressa nessa expressão faz alusão aos termos que estão relacionados tanto ao formato quanto aos processos jurídicos de caráter institucional e administrativos, que tornaram o acesso à saúde um direito universal. Traduzindo em termos práticos, refere-se a uma rede de instituições, de ações e de serviços que assegura o acesso da população aos cuidados e atenção à saúde (BAHIA, 2008). Analisando separadamente cada palavra que compõem a expressão contida na sigla “SUS”, nota-se uma crítica positiva à organização médico-hospitalar que vigorou no Brasil, nos anos anteriores à sua criação.

O termo ‘Sistema’ é compreendido como o conjunto de instituições e ações promovidas, que, por meio de um processo organizado e articulado, possibilitam o alcance dos objetivos em comum (BAHIA, 2008). Esse sistema também pode ser entendido como o conjunto de agentes (trabalhadores e profissionais de saúde) e agências (empresas e instituições) que atuam em torno de um objetivo único e constituem o sistema de saúde (PAIM, 2009).

O termo “Único” evidencia a unificação dos sistemas anteriores:

[...] o previdenciário e o do Ministério da Saúde e secretarias estaduais e municipais de saúde, consubstanciada na incorporação do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) pelo Ministério da Saúde e na universalização do acesso a todas as ações e cuidados da rede assistencial pública e privada contratada e ao comando único em cada esfera de governo (BAHIA, 2008, p. 357).

Com essa medida, buscava-se favorecer a oferta e o acesso aos serviços e às ações de saúde, pois a unificação dos sistemas, conseqüentemente, potencializaria as ações promovidas e contribuiria para garantir o acesso de forma universal. Diante

disso, essa mudança é considerada um grande marco no âmbito da saúde pública no Brasil. O vocábulo “Único” também traduz sua natureza uniforme, isto é, possui a mesma doutrina e filosofia de atuação em todo o território brasileiro e é disposto de forma ordenada, de acordo com a mesma sistemática (SUS..., acesso em 24 set. 2015).

Finalmente, a palavra ‘Saúde’ transmite a finalidade do sistema — alcançar a saúde —, qualidade indissociável da cidadania e democracia, entendida não apenas como resultado da ausência da doença e como um objeto dependente de intervenções da medicina. Para o alcance desse objetivo, é indispensável a produção de melhorias nas condições de vida, acesso a bens, serviços e trabalho, pois são condicionantes que elevam o estado de saúde. A VIII Conferência Nacional de Saúde definiu o termo como sendo resultante do conjunto das condições de renda, alimentação, habitação, lazer, meio ambiente, trabalho, emprego, transporte, acesso a serviços de saúde etc. (BAHIA, 2008).

Para Paim (2009), o simples conhecimento do significado dos termos que constituem a sigla SUS é insuficiente para compreender o que se almeja para o estado de vida dos cidadãos brasileiros. Portanto, o SUS não deve ser entendido apenas como uma junção de unidades da língua escrita como sistema, único e saúde, pois isso o reduz a algo pouco especial e distinto. Entretanto, é preciso que cada cidadão se informe e obtenha um conhecimento amplo acerca do SUS, para que se organize e lute consciente do seu direito à saúde.

### **2.1.2 Do direito à saúde à criação do Sistema Único de Saúde**

A afirmação de que o SUS representa uma grandiosa conquista para a população brasileira não é um ato de superestimação. A criação desse sistema tinha o intento de promover a justiça social e sobrepujar as desigualdades que mantinham relação com a assistência à saúde dos cidadãos. Dessa forma, o SUS é uma política de Estado que ampliou os direitos sociais e intensificou a busca pela garantia da cidadania (SUS..., acesso em 24 set. 2015).

No período anterior a 1988, os hospitais públicos da época atendiam um número limitado e reduzido de indivíduos que não ultrapassava a marca de 30 milhões de

brasileiros. Após a publicação da Constituição Federal de 1988, o direito ao atendimento pelo SUS foi legitimado para mais de 70 milhões de indivíduos (SUS..., acesso em 24 set. 2015).

Quadro 2 – O antes e o depois do SUS

Antes de 1988	2015
O sistema público de saúde atendia a quem contribuía para a Previdência Social. Quem não tinha dinheiro dependia da caridade e da filantropia.	O Sistema de Saúde é para todos, sem discriminação. Desde a gestação e por toda a vida a atenção integral à saúde é um direito.
Centralizado e de responsabilidade federal, sem a participação dos usuários.	Descentralizado, municipalizado, participativo e humanizado.
Assistência médico-hospitalar.	Promoção, proteção, recuperação e reabilitação.
Saúde é ausência de doenças.	Integralidade da assistência.
30 Milhões de pessoas com acesso aos serviços hospitalares.	Mais de 1 bilhão de consultas médicas e mais de 4,1 bilhões de procedimentos ambulatoriais.

Fonte: SUS... (acesso em 24 set. 2015).

Nota: Adaptação do autor.

A área da saúde passou por profundas mudanças no país após a promulgação da Constituição Federal de 1988. O marco referencial dessas mudanças encontra-se registrado no capítulo destinado à seguridade social (CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2009). No Art. 196 da Carta Magna, o termo “saúde” designa

Art. 196. [...] direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas, que visem à redução dos riscos de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

Feito isso, a saúde tornou-se um direito social reconhecido e legitimado, inerente à simples condição de cidadão, cabendo ao Poder Público o dever de garanti-lo. A promulgação dessa Constituição foi inédita em reconhecer pela primeira vez a saúde como direito social, fato marcante na história política brasileira. Ora, nunca antes havia se dedicado uma seção específica à saúde, sendo que o texto contou com cinco artigos relacionados a esse campo (PAIM, 2009). Com o propósito de garantir esse direito, a Carta Magna refere-se às políticas sociais e econômicas como intervenções essenciais para o alcance desse objetivo. Para tanto, a criação do SUS foi pensada em torno de um novo modelo organizacional e político, que fosse capaz de

desempenhar a função de reordenação dos serviços e ações sanitárias do país (LYRA JÚNIOR, 2009).

Essa tarefa demandou um grande esforço, pois a Constituição Federal de 1988 fez menção à garantia do direito ao acesso universal e igualitário, dando a todos os cidadãos brasileiros que necessitassem de algum serviço ou ação de saúde o direito a ela, sem qualquer barreira de acessibilidade. Como do direito ao acesso igualitário, inibiu qualquer ação de discriminação e preconceito. Em virtude do destaque conferido a esses princípios, os serviços e as ações de saúde que visam à promoção, à proteção e à recuperação da saúde tornaram-se acessíveis a todos, independentemente de tudo (PAIM, 2009). Esse caráter democrático, capaz de assegurar a cidadania, presente na Constituição Federal de 1988, a tornou conhecida como Constituição cidadã. Muito antes de discorrer sobre a saúde, apresentava como indispensável o princípio da dignidade do ser humano.

A aprovação da oitava Constituição brasileira legitimou, de maneira completa, as propostas discutidas no movimento sanitário. Diante disso, a saúde pública do país foi redefinida. Ainda assim, havia a necessidade de criar leis que determinassem de maneira específica a forma de execução dos direcionamentos estabelecidos. Desse modo, após a promulgação da Constituição Federal de 1988, no decorrer do ano de 1989, discutiu-se a criação de uma lei complementar que oferecesse uma base operacional à reforma. Por fim, após ampla discussão, foi formulada a Lei Orgânica da Saúde (LOS) nº 8.080, decretada e sancionada pelo então presidente Fernando Collor de Melo, em 19 de setembro de 1990 (BRASIL, 1990), apesar de ter recebido uma quantidade excessiva de vetos do então presidente (SCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005).

Observando os vetos presidenciais e considerando as reivindicações do conjunto das diferentes forças organizadas e articuladas em prol do novo almejado modelo público de saúde, conclui-se que dois deles foram extremamente prejudiciais à dinâmica do processo decisório, pois retiravam do texto dois princípios introduzidos após intensa discussão na VIII Conferência Nacional de Saúde: 1) estabelece que a saúde deverá ser custeada pelo Estado, em seus três níveis de governo, e pela sociedade; 2) a participação social na gestão e na fiscalização do sistema, por meio de conselhos paritários dispostos nos três níveis de governo (DOIMO, RODRIGUES, 2003). Com

os vetos decretados, o governo impunha a sua vontade, retirando do texto original nove artigos (BERTOLOZZI; GRECO, 1996).

Talvez o governo tivesse esquecido que a vontade política não é apenas uma vontade subjetiva, mas sim uma vontade que se situa em relação àquele momento histórico, àquelas classes sociais, àquela sociedade e àquelas configurações socio-espaciais com o Estado (O'DONNELL, 1981). A decisão do governo não foi bem recebida pela sociedade e, na correlação de forças entre a opinião dos defensores da proposta original e a opinião do Poder Público, o poder executivo reverteu sua decisão ao aprovar uma nova legislação (PAIM, 2009). A Lei Complementar nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, foi pensada com o objetivo de recuperar a transferência automática de recursos intergovernamentais e contribuir para a garantia da participação e controle social. Essa lei restabelecia parcialmente o conteúdo vetado na Lei nº 8.080, pois dava à sociedade civil o direito de participação no controle social da política de saúde por meio dos Conselhos e das Conferências de Saúde (BERTOLOZZI; GRECO, 1996). Em razão dos problemas vividos pela sociedade nos anos 90, essa legislação não alcançou a abrangência esperada (PAIM, 2009). Em suma, nessa conjuntura ocorreram as condições necessárias para a construção do SUS (ESCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005).

## 2.2 OS PRINCÍPIOS E AS DIRETRIZES QUE NORTEIAM O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Nas relações sociais, os princípios são reconhecidos pelo valor que lhe são atribuídos. A maioria procede da ética, da moral, da filosofia, do direito e da política. Os princípios expressam valores que orientam o pensamento humano e as suas ações. Cumprem uma função semelhante ao de um mandamento no caso das religiões (PAIM, 2009). Mostra-se oportuno ressaltar que, de forma abrangente, essa palavra traduz a noção de proposições idealizadas, formadas e sustentadas na consciência de cada indivíduo ou grupo social, a partir da exposição ou do convívio com certa realidade, sendo o fruto desse processo um ideal, direcionado à compreensão ou à reprodução da realidade (DELGADO, 2004).

As diretrizes correspondem a um conjunto de orientações aplicáveis a uma totalidade, servindo de auxílio na organização do sistema de saúde, em suas diferentes repartições, dando uma única direção ou caminho a ser percorrido. Em razão de seu caráter técnico e organizacional, são muito utilizadas no sistema de saúde (PAIM, 2009). Desse modo, o princípio da universalidade diz respeito ao direito à saúde para todos, sendo dever do Poder Público a oferta, o acesso e a garantia de ações e serviços. No entanto, tal princípio não se limita apenas à garantia irrestrita de acesso aos meios de obtenção da saúde. Ele garante a universalização da oferta de serviços e ações de saúde eficientes, efetivos e eficazes para todos aqueles que necessitam dessa oferta, centrando-se em ações preventivas capazes de diminuir o tratamento de agravos. A universalização constitui um grande desafio enfrentado pelo Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2000).

O princípio da integralidade de assistência é compreendido como sendo a garantia de um articulado conjunto contínuo de serviços e ações de caráter preventivo e curativo, voltados ao plano individual ou ao coletivo, requeridos em cada situação em qualquer nível de complexidade do sistema de saúde (PAIM, 2009). Esse princípio é de grande apreço, pois evidencia que a atenção à saúde deve considerar cada necessidade específica presente em cada cidadão ou grupo, conquanto seja uma minoria, quando comparado ao restante da sociedade. Espera-se que cada um seja atendido conforme a sua necessidade, em qualquer nível de complexidade (BRASIL, 2000). Dada a importância do princípio da integralidade para este estudo, será aprofundado na subseção.

O atendimento é assegurado pela legislação, que orienta os gestores municipais a fazerem pactos com outras secretarias municipais. Havendo ainda situações em que os pactos não ofertam o serviço necessário, os gestores devem recorrer à secretaria estadual, a fim de garantir a oferta de serviços em outros níveis de complexidade, que não estiverem disponíveis em nível local ou em seu território. Persistindo o problema em nível estadual, a secretaria estadual deverá recorrer ao Ministério da Saúde, órgão responsável pelo suporte e gestão nacional do SUS (PAIM, 2009).

Outro princípio digno de ser considerado e que representa mais um avanço de cunho democrático, assegurado na legislação do SUS, é o princípio que resguarda o direito de cada cidadão de ter sua autonomia preservada, como também sua integridade

física e moral (Preservação da autonomia). A dignidade humana e a liberdade de escolha de cada indivíduo dão sustentação a esse princípio importantíssimo introduzido no SUS, assegurando a autonomia individual diante do que lhe é posto à sua disposição. Ora, as decisões, quando informadas, sendo as escolhas coerentes, supõem a emancipação do sujeito concreto, inibindo a imposição ou a tutela do Poder Público. Por mais excepcional que seja a situação vivida, como no caso de uma epidemia que requer um certo grau de restrição individual da liberdade, cada cidadão deverá ser devidamente informado, a fim de que seja esclarecido sobre as medidas a serem tomadas, para poder contribuir com a proteção de todo o conjunto da sociedade (PAIM, 2009).

Por fim, em meio aos princípios estabelecidos na legislação, ressalta-se a igualdade da assistência à saúde, ausente de privilégios ou preconceitos de qualquer espécie. Desse modo, exprime a universalização do acesso e a igualdade nos serviços e nas ações de saúde apontados pela Constituição (NORONHA, LIMA, MACHADO, 2008; PAIM; SILVA, 2010). Por outro lado, a equidade não deve ser entendida como sendo um princípio do SUS, pois essa afirmação não é verdadeira e consiste em um equívoco. Ora, não é possível encontrá-la na Constituição Federal de 1988, muito menos na Lei Orgânica da Saúde, pois não se pode negar que o princípio central é a igualdade (PAIM, 2009).

[...] o SUS poderia atender as pessoas e as coletividades de acordo com as suas necessidades, mediante a diretriz de *utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática*. A possibilidade de oferecer mais recursos para os que mais precisam estaria fundamentada por essa orientação, em vez de recorrer a noções ambíguas como equidade e “discriminação positiva”, acionadas por organismos internacionais que não apoiam o desenvolvimento de sistemas de saúde universais (PAIM, 2009, p. 57-58, grifos do autor).

Entre as diretrizes organizativas que proporcionam a exequibilidade dos princípios mencionados, encontra-se a participação social e o controle social, que garante o diálogo e a interação entre os responsáveis pela gestão, os profissionais da saúde e a comunidade. A participação popular no processo de formulação das diretrizes e das prioridades da política de saúde, bem como na fiscalização do cumprimento das normas legais etc., é possível, desde que os cidadãos estejam organizados em entidades representativas e participem das conferências de saúde, ambiente próprio para tal fim (NORONHA, LIMA, MACHADO, 2008).

Por fim, mas não menos importante, existe a descentralização, a regionalização e a hierarquização de ações e serviços de saúde. A descentralização diz respeito à direção única nas três esferas do governo, distribuindo os serviços para o nível municipal (ênfase principal), regionalizando e hierarquizando toda a rede ofertada de serviços de saúde. Dar um comando único em cada uma das esferas do governo modifica e redistribui as responsabilidades entre os entes, bem como reforça a importância dos gestores municipais e estaduais na política de saúde. Essa redefinição contribui para a eficiência e a efetividade dos mecanismos responsáveis pela prestação de contas e pelo acompanhamento dos efeitos das políticas públicas, como também na promoção da democratização (NORONHA, LIMA, MACHADO, 2008).

Esses foram os princípios e diretrizes elementares reivindicados e estabelecidos pelo movimento sanitarista, que foram posteriormente consagrados na Constituição de 1988 (DOIMO, RODRIGUES, 2003). Não se pode negar que são grandes os obstáculos para a consolidação desses princípios doutrinários (igualdade, integralidade, universalidade), como também para o cumprimento das diretrizes que norteiam o Sistema Único de Saúde, pois exigem um grande esforço por parte dos gestores, razão por que todos os dias os gestores desse sistema trabalham arduamente para esse fim (BRASIL, 2000).

O texto constitucional brasileiro agraciou seus cidadãos com a garantia e a segurança jurídica de inúmeros direitos (LIBERATI, 2013), entretanto a efetivação desses direitos se dá por meio das políticas públicas (BUCCI, 1997). O elemento norteador dessas políticas será os textos legais (pretéritos) sobre o pressuposto da garantia do direito (LIBERATI, 2013). A seguir, encontram-se detalhados o princípio da integralidade e as políticas farmacêuticas brasileiras, articulando-as ao objeto desta pesquisa.

### **2.2.1 A integralidade**

A Carta Magna de 1988, em seu Art. 198, seção II, refere-se ao “atendimento integral” — à integralidade —, princípio doutrinário da política do Estado para a saúde, reafirmado pela Lei nº 8080/90, ao ser incorporado pelo SUS (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990b; PINHEIRO, 2008; KALICHMAN; AYRES, 2016). Historicamente, no Brasil, foi

durante o Movimento da Reforma Sanitária, especificamente no quarto vintênio do século XX, que se iniciaram as discussões sobre a integralidade (PINHEIRO, 2008; CUNHA, 2009; BERNARDES; PELLICCIOLI; GUARESCHI, 2010). No entanto, já nos primórdios do século passado, especificamente nos anos 1920, nos Estados Unidos da América (EUA), duas noções fundamentais influenciaram a construção do conceito e do termo integralidade: a “atenção integral (*comprehensive care*)” e “integração dos serviços” (KALICHMAN; AYRES, 2016).

Visando à reformulação das políticas na tentativa de desconstruir e superar a dicotomia entre as ações de cunho assistencial e curativo que norteavam as campanhas e as práticas de promoção, prevenção e recuperação da saúde, a integralidade foi inserida nas discussões de diferentes movimentos de luta por melhores condições de vida, trabalho e saúde. A atenção integral — a integralidade — germinou em um terreno fértil e, de ideia, tornou-se um princípio doutrinário que, entre outras coisas, se destina a conjugar, sem restrições, todas as ações orientadas à materialização da saúde como direito e serviço (PINHEIRO, 2008; CUNHA, 2009; PAIM, 2009).

Silva Junior e outros. (2008) argumentam que a integralidade no Brasil, no decorrer dos anos, tem adquirido uma dimensão sociopolítica fartamente mais ampla que em outras nações. À luz das palavras dos autores, esse princípio tem se direcionado ao esforço de estabelecer e manter a ampliação dos direitos sociais que a duras penas foram adquiridos, em meio a uma conjuntura constituída por ataques hostis e constantes à Constituição, não obstante uma desmedida desigualdade socioeconômica e cultural, acrescida pelo número exíguo de redes assistenciais que, por sua vez, têm em suas organizações a prevalência de um modelo centralizador e verticalizado da gestão.

A abordagem integral visa ao alcance da saúde. Etimologicamente, a palavra saúde possui diferentes grafias: no idioma latino, a grafia é *sallus*, que significa são, inteiro; na língua grega, o seu significado inclui os termos “inteiro”, “integridade” e “real”. Dessarte, teoricamente, saúde como integralidade envolve a dimensão humana e impede o esfacelamento do organismo em especialidades e em saúde física, mental e social. Desse modo, sua significação é norteada por uma visão holística que pressupõe compreendê-la na interface de grande pluralidade de disciplinas.

Diversidade que se torna ainda mais complexa na medida que a realidade extrapola a dimensão individual e alcança a esfera coletiva (VILELA; MENDES, 2003; BERNADES; PELLICCIOLI; GUARESCHI, 2010). Em outras palavras,

[...] pensar integralidade é **situar o humano na sua condição humana**, como ser que vive, que fala, que trabalha, e **não exclusivamente em sua condição orgânica**. Essa condição humana apenas pode ser pensada quando **integramos o sujeito da história**, ou seja, as formas de viver, mediante as quais nos objetivamos humanos, são forjadas por condições de possibilidades socio-históricas nas quais esse sujeito se encontra. Essas condições, na contemporaneidade, dizem respeito ao desenvolvimento integral do humano, isto é, não se trata de tomar a doença, mas o sujeito enfermo inserido em redes sociais: o território, a família, as instituições (BERNADES; PELLICCIOLI; GUARESCHI, 2010, p. 9, grifos nossos).

Como se observa, há muitos sentidos sobre o termo “integralidade”. Em sua natureza, há um traço da boa medicina (MATTOS, 2009), ao passo que propõe uma “[...] recusa ao reducionismo e à objetivação do sujeito, configurando-se como uma abertura ao diálogo” (MARTINS, p. 16, 2006). Tal sentido induz e exige do profissional uma visão integral do ser humano, independentemente da finalidade da ação (promoção, prevenção e reabilitação), determinando uma articulação tanto no interior de cada nível de assistência, como entre os níveis (SILVA; RAMOS, 2010).

Torna-se, também, uma bandeira de luta e de exercício de humanidade — uma imagem objetiva —, que incita à mobilização (MATTOS, 2009; SILVA; MIRANDA; ANDRADE, 2017), em prol de uma resposta governamental a problemas específicos de saúde, para uma sociedade mais justa e solidária. Uma recusa à dicotomia ‘saúde-doença’, procedente do modelo biologicista orientado e centrado na cura (DINIZ et al., 2016). Enfim, pode ser entendida como uma forma de organizar as práticas — noção amálgama —, que integra os sentidos (MATTOS, 2009; SILVA, MIRANDA; ANDRADE, 2017), uma vez que também é entendida como “[...] princípio e prática produtora de relações, signos e significados [...], um termo plural, ético e democrático que quando se constitui em práticas eficazes, produz efeitos de polifonia (SILVA, 2006, p. 28).

As noções de integralidade remetem à integração dos serviços, exigem integração, interdependência, articulação e cooperação mútua entre os sujeitos, instituições e as políticas públicas, para a fluidez da coordenação e do compartilhamento de projetos

terapêuticos. Destarte, requer a derrubada dos “muros” (SANTOS; GIOVANELLA, 2016; BERNADES; PELLICCIOLI; GUARESCHI, 2010).

Kalichman e Ayres (2016) endossam a discussão, destacando, como principais sentidos assumidos pela integralidade: o absoluto respeito aos sujeitos e seus direitos; a não fragmentação da atenção à saúde; a primorosa atenção direcionada às especificidades das demandas individuais e coletivas; a incessante busca por interações intersubjetivas fartas e criativas; a interação e a troca de saberes técnicos (científicos) e práticos (empíricos) dos diversos atores e sujeitos, para a construção de um projeto terapêutico; a perene articulação entre profissionais, serviços e setores envolvidos na construção da saúde. Trata-se de dimensões pautadas no acolhimento, na criação de vínculo, na responsabilização mútua, na ampliação da autonomia do sujeito e no reconhecimento e no respeito pelas formas e pelos caminhos em que o usuário constrói e expressa suas necessidades de saúde.

À primeira vista, a integralidade aparenta ser uma noção complexa, pois incorpora e articula concepções e práticas de saúde e propõe uma revisão ética, técnica e política, tanto do processo de trabalho, quanto da gestão em saúde, em uma visão ampliada de saúde — um esforço em prol da organização dos serviços —, enfatizando o trabalho em equipe interdisciplinar e a prática da intersetorialidade, no âmbito do SUS. Exige um olhar totalizante, com apreensão do indivíduo biopsicossocial, indo além da mera manifestação da doença e do sofrimento, reconhecendo o próximo como um semelhante a mim mesmo (ALVES, 2005; CIUFFO; RIBEIRO, 2008, KALICHMAN; AYRES, 2016). Nesse sentido, para Pinheiro e Luz (2003, apud ALVES, 2005), a materialização das políticas públicas nos serviços ocorre na “ponta” do sistema, ou seja, mediante as ações dos atores sociais no cotidiano de suas práticas e serviços. Tal concepção suscita uma reflexão crítica sobre os processos de trabalho em saúde.

A sua efetivação é desafiadora, pois há uma cultura institucionalizada centrada em uma divisão vertical e hierarquizada do trabalho na abordagem do processo saúde-doença, nos diferentes níveis de atenção à saúde (AYRES, 2005; UCHÔA et al., 2012), alinhada a um modelo de atenção individualizado, altamente especializado, que fragmenta o paciente em vários sistemas (SANTOS et al., 2015). Ciuffo e Ribeiro (2008) pontuam que a fragmentação da relação entre o sistema de saúde, profissional e usuário é fruto dos avanços tecnológicos e científicos instigados pela

mercantilização da saúde que, por sua vez, é fruto do modelo econômico vigente, o capitalismo e seus modos de produção. Campos (1991, apud SILVA; TAVARES, 2004) acrescenta que o trabalho em saúde, ao longo da história, vem sofrendo inúmeras influências de arranjos produtivos hegemônicos. A título de exemplo, temos o taylorismo – fordismo. A taylorização do processo de trabalho no Brasil, em especial nos serviços públicos de saúde, culminou na formação de linhas de produção e na divisão do trabalho entre os envolvidos, considerando o nível e o conteúdo da formação. Os profissionais passaram a executar suas atividades de maneira repetitiva e padronizada, engessando as ações de cuidado, compartimentalizando o sujeito e distribuindo as partes entre “cuidadores”. Ainda segundo Ciuffo e Ribeiro (2008), o arranjo em questão beneficia a indústria farmacêutica e de equipamentos, em detrimento das necessidades de saúde da população, pois dificulta o “encontro terapêutico” entre o profissional de saúde e o paciente. Ao incorporar tecnologias, apesar de serem necessárias, deixa de contemplar as subjetividades, diluindo as responsabilidades e inviabilizando uma relação profissional-paciente socialmente proficiente. Integrar o que há anos encontra-se fragmentado não é uma tarefa simples, pois requer reação, interação e abandono de um estado de inércia.

O princípio em questão torna as práticas de saúde mais enérgicas, sobrepujando os obstáculos impostos à prática clínica pela racionalidade biomédica da medicina ocidental, marcada pelo reducionismo organicista — que fragmenta o conhecimento em especialidades, tornando-o altamente tecnológico, mas incapaz de sempre abordar com sucesso a totalidade da complexidade do adoecimento (SILVA; MIRANDA; ANDRADE, 2017). Por outro lado, deve-se atentar que a ciência moderna, bem como os padrões e modelos de conduta aceitos e validados, é oriunda do ainda hegemônico pensamento cartesiano. A principal característica dessa corrente de pensamento é a concepção mecanicista e reducionista do mundo que, conquanto apresente limitações, trouxe incontáveis benefícios à humanidade, ao possibilitar grandes avanços nos campos da ciência. Especificamente no âmbito da saúde, no entanto, influenciou a concepção do modelo de saúde assistencial tecnicista ainda reproduzido na atualidade (RODRIGUES; ANDERSON, 2012).

Os avanços em questão resultaram em crescimento e acúmulo de conhecimento que, por sua vez — especialmente no campo da saúde e na atenção primária —, têm

tornado o paradigma cartesiano retrógrado, insuficiente e inadequado para abordar os fenômenos em sua totalidade. A abordagem despida da integralidade culmina em consequências nefastas, pois apresenta “[...] elevado potencial iatrogênico, as quais contribuem para a perda da capacidade resolutive, com comprometimento da eficiência na abordagem dos problemas de saúde [...]” (RODRIGUES; ANDERSON, 2012, p. 60). Pensar e agir de forma episódica, pontual e fragmentada, embora já tenha trazido avanços no passado, se relaciona às diversas crises experimentadas pela humanidade na atualidade: crises sociais, ecológicas, financeiras, políticas, econômicas, éticas e civilizatórias, todas com reflexos na saúde. Diante disso, a humanidade recebe um ultimato: “[...] constituir e viver sob a égide de novos paradigmas [...] não mais na perspectiva da dualidade e da fragmentação — que afugenta a realidade —, mas da integração” (RODRIGUES; ANDERSON, 2012, p. 64).

A integralidade vem sendo forjada há quase meio século (KALICHMAN; AYRES, 2016) no bojo da revisão do paradigma cartesiano, em virtude da constatação de que os fatores que afetam o processo saúde-doença são multidimensionais, se inter-relacionam e interpenetram. É particularmente um fenômeno complexo. Logo, requer um modelo explicativo mais abrangente, não linear e, também, uma revisão de princípios, conceitos, atitudes e práticas (RODRIGUES; ANDERSON, 2012). A complexidade imposta pela conjuntura faz crescer a demanda por ações que contemplem a complexidade do universo e da natureza humana, cada vez mais pautadas no trabalho em equipe — interdisciplinar, valorizando como atividade clínica as atividades de todos os profissionais, não apenas a prática médica — e, também, reconhecendo a necessidade de recorrer a conhecimentos para além da dimensão orgânica ou biológica. A integralidade tem sido amplamente discutida e adotada, visto que potencializa a ação interdisciplinar, rompendo com o círculo vicioso de uma cultura arcaica que só leva ao agravamento dos fenômenos que interferem na saúde da população (AYRES, 2005; UCHÔA et al., 2012; KALICHMAN; AYRES, 2016; DAROS et al, 2016).

As práticas da integralidade, obrigatoriamente, devem estar devidamente fundamentadas na definição ampliada de saúde e incluem, para além dos parâmetros biológicos, o sentido — conceito — e a qualidade de vida, além de abordar o binômio

saúde-doença como um processo precisamente dinâmico e complexo, sortido de sentido e fadado de significados, que dizem respeito tanto ao indivíduo quanto a seu vasto universo de relações. Consequentemente, intima o gestor e “[...] o profissional a pensar sistematicamente, percebendo as relações existentes e buscando a compreensão dos acontecimentos — sejam físicos, biológicos ou sociais — em relação aos contextos em que ocorrem” (ANDERSON; RODRIGUES, 2012, p. 82).

O princípio da integralidade se instrumentaliza por intermédio da gestão do cuidado integral que, por sua vez, está relacionado com a gestão das redes de atenção. A garantia do cuidado integral à população requer, em especial, dos gestores, uma postura proativa frente ao conjunto de problemas de saúde, tendo em consideração que o seu enfrentamento transcende os limites e a capacidade de apenas um ente subnacional; requer a compatibilização da “[...] descentralização político-administrativa com a organização regionalizada e hierarquizada” (SANTOS; GIOVANELLA, 2016, p. 2) dos serviços de saúde. Nessa perspectiva, a integração dos sistemas deve ambicionar o alcance de um cuidado contínuo, ininterrupto, longitudinal e resolutivo no nível mais adequado, produzindo resultados positivos — progressivos e equânimes sob uma racionalidade do uso dos recursos. Deste modo, a coordenação é entendida como uma conexão harmoniosa entre os diversos serviços, indispensáveis para provisão de um cuidado articulado e contínuo na sua integralidade aos indivíduos que o requeiram (SANTOS; GIOVANELLA, 2016).

Constata-se, pelos elementos descritos, que, entre os princípios doutrinários do SUS, a integralidade possivelmente é o mais desafiador no tocante à estruturação conceitual e prática da reforma sanitária do país, pois norteia a forma como os serviços devem se organizar, articulando e envolvendo os saberes dos profissionais, dos usuários e os da comunidade, visando harmonizar, nos lindes dos planos da gestão e da assistência, o caráter técnico do trabalho ao entendimento político de direito e cidadania, envolto na concepção e na edificação de um cuidado indubitavelmente efetivo à saúde. Justamente por isso, configura-se como elementar para que os princípios consubstanciais — equidade e universalidade na atenção à saúde — se realizem na sua plenitude e, simultaneamente, propiciem ao SUS a continuidade da busca pelo alcance dos objetivos de que se investiu em 1988 na Constituinte, ainda vigente, malgrado os inúmeros ataques (KALICHMAN; AYRES, 2016).

Como se vê, o princípio em questão e as investidas em prol da sua efetivação voltam-se para inúmeros planos e várias dimensões — eixos da atenção à saúde (Quadro 3). A despeito dos diferentes arranjos que adquirem e sua diversidade de aplicações, ainda que conservando algumas especificidades, os eixos dialogam entre si, convergem, divergem e se complementam (MATTANÓ, 2013; KALICHMAN; AYRES, 2016).

Quadro 3 – Eixos que operacionalizam a integralidade no campo da saúde

<b>Eixo</b>	<b>Componente</b>
Necessidades	Diz respeito à qualidade e natureza da escuta, do acolhimento e da resposta a necessidades que não se restrinjam a distúrbios morfológicos ou funcionais do organismo, sem descuidar deles.
Finalidades	Remete aos graus e modos de integração entre ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento de doenças e sofrimentos e recuperação da saúde/ reinserção social. Lida com a noção de eficiência dos serviços e de seu acesso oportuno e conveniente por indivíduos, famílias e comunidades.
Articulações	Refere-se aos graus e modos de composição dos saberes interdisciplinares, equipes multiprofissionais e ações intersetoriais para criar as melhores condições a fim de oferecer resposta efetiva às necessidades de saúde em uma perspectiva ampliada.
Interações	Problematiza a qualidade e natureza das interações nas práticas de cuidado, objetivando condições efetivamente dialógicas entre os sujeitos participantes dos encontros relacionados à atenção à saúde, condição de realização dos eixos anteriores.

Fonte: Ayres (2009, apud KALICHMAN; AYRES, 2016, p.8).

Nota: Adaptação do autor.

A abordagem uniprofissional é adornada de limitações que a tornam obsoleta e antiquada para o alcance de uma assistência em saúde integral e equânime. Em contrapartida, o trabalho em equipe revela-se como um pilar de uma abordagem integral e multidisciplinar, pela harmonização da composição e soma de forças, práticas, saberes e olhares distintos dos componentes das equipes de saúde da família (UCHÔA et al., 2012; SILVA; MIRANDA; ANDRADE, 2017). Bonaldi e outros (2007 apud SILVA; MIRANDA; ANDRADE, 2017) afirmam que o trabalho em equipe é um dispositivo de integralidade, pois nele as ações em saúde são orquestradas em uma espécie de “humildade epistemológica”, que orienta os componentes ao reconhecimento de que ambos os saberes profissionais possuem pontos de incultura, mitigados pelas trocas de saberes entre as partes, em razão da variedade de formações e domínios. Todos são protagonistas de uma prática de cuidado em saúde, participativa, solidária, ética e centrada no acolhimento e no vínculo, permeável à

mudança e à novidade (SILVA; TAVARES, 2004; AYRES, 2004; UCHÔA et al., 2012), também denominada tecnologia leve (MERHY, 2002; SILVA; TAVARES, 2004; FRANCO; MAGALHÃES JÚNIOR, 2007).

Segundo Merhy (2002), as tecnologias empregadas no trabalho em saúde se diferenciam entre si em razão da suas naturezas e podem ser classificadas em três tipos: leves (que incluem as tecnologias de relação capazes de propiciar o vínculo, o acolhimento, a autonominação, a autogestão e a gestão e o controle sobre os processos de trabalho); leves-duras (integram os diversos conhecimentos e saberes que, bem-estruturados, atuam no processo de trabalho em saúde, como a epidemiologia, a clínica médica, o fayolismo e o taylorismo); duras (compreendem os equipamentos tecnológicos, como as máquinas, as normas e as estruturas organizacionais). Ademais, ainda segundo Merhy (2002), as máquinas e as ferramentas são expressões tecnológicas duras advindas das tecnologias do saber (leves-duras) e, como objetos inanimados, não reúnem razão (instrumental) por si, visto que quem as torna detentoras dessa intencionalidade racional-instrumental são os indivíduos (trabalho vivo em ato), com sua técnica e seu conhecimento (modelo de produção) direcionando o seu agir.

Em face do exposto, é fácil de constatar tanto a importância como o desafio de uma formação que vise à integralidade da atenção em saúde (SILVA; TAVARES; 2004). No âmbito nacional, durante o excludente regime militar, o ensino em saúde baseava-se no controle dos sujeitos e, demasiadamente, debruçado sobre as técnicas especializadas, acompanhadas de uma expressiva expansão da medicina curativa. Também como os serviços médicos privados, fragmentando todo o universo que os contornava, por décadas o campo da educação permaneceu inerte e inexpressivo em razão das limitações dos espaços institucionais impostas pelo regime autoritário vigente. No entanto, entre as décadas de 1970 e 1980, esse mesmo regime provocou resistência e insatisfação na sociedade, no bojo de uma crise econômica e social, precipitando, ao longo desses anos, a organização de movimentos sociais, que desembocaram em rearranjos nas políticas públicas, destacando-se a reforma sanitária que resultou no SUS em 1988 (ALVES, 2005; MEDEIROS; CAMPOS; MOREIRA, 2014). Atualmente, no campo da saúde, a formação dos recursos

humanos, ao menos em tese, deve ser ordenada pelo SUS e seus marcos legais (BRASIL, 1988; MEDEIROS; CAMPOS; MOREIRA, 2014).

A integralidade, como eixo orientador da formação acadêmica e profissional, remonta ao conceito de omnilateralidade, que está presente nas obras de Karl Marx (1818-1883), apesar de não ter sido precisamente definida por ele. Tal conceito refere-se à formação humana de maneira oposta à formação unilateral proveniente do trabalho alienado, fruto das inter-relações entre a divisão do trabalho, a reificação e as relações burguesas, ou seja, diz respeito à necessidade de considerar a totalidade ao aferir ou analisar os fenômenos. Por conseguinte, demanda uma compreensão integral das relações sociais e políticas (SILVA; TAVARES, 2004; SOUSA JUNIOR, 2008). Ayres (2004) defende que as instituições formadoras devem promover continuamente reflexões sobre os significados morais, éticos e políticos das práticas de saúde, para conceberem profissionais aptos diante da complexidade de saúde dos indivíduos e das populações.

Ainda no tocante à perspectiva da integralidade na formação em saúde, o renomado filósofo marxista Antonio Gramsci (1982), em suas lições, discorreu sobre a relevância da formação integral do homem, que consistia em educá-lo para atuar com perspicácia quanto a análise, compreensão e escolha. À vista disso, as instituições formadoras seriam o próêmio das atividades políticas, essenciais e vitais, para o preparo e a qualificação dos indivíduos, proporcionando-lhes condições e habilidades para construir ou conquistar uma vida melhor, fundada na solidariedade e na cidadania, e educando-os na prática social para atuar na sociedade. Outrossim, as instituições deveriam oferecer-lhes uma formação que transcendesse o plano individual, abarcando o coletivo.

É necessária uma proposta de educação ampliada, crítica, transformadora e libertadora, que conceba o homem como indivíduo integrado às forças sociais e não como subserviente às forças produtivas. Por sua vez, SUS visa construir e ofertar, firmado em seus princípios, uma assistência integral aos brasileiros. A formação e a qualificação dos profissionais exigem<sup>4</sup> o desenvolvimento omnilateral de habilidades e competências humanas, preparando-os para atuar com discernimento e propositividade, compreendendo e contextualizando a saúde como fruto de uma produção social (SILVA; TAVARES, 2004).

### 2.3 POLÍTICAS FARMACÊUTICAS DO BRASIL, ATENÇÃO FARMACÊUTICA E INTEGRALIDADE

A atual Política Nacional de Medicamentos (PNM) foi estabelecida no dia 30 de outubro de 1998, pela Portaria nº 3.916 (BRASIL, 1998, 1999b). Durante o processo de sua elaboração, houve ampla discussão e muitas contribuições foram integradas ao texto final, submetido e aprovado nas três instâncias do governo (FISCHER-PÜHLER, 2002). Finalmente, fixaram-se como diretrizes da PNM a adoção da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME); a regulamentação sanitária de medicamentos; a reorientação da assistência farmacêutica; a promoção do uso racional de medicamentos; o desenvolvimento científico e tecnológico; a promoção da produção de medicamentos; a garantia da segurança, da eficácia e da qualidade dos medicamentos; finalmente, o desenvolvimento e a capacitação de recursos humanos (BRASIL, 2006).

A urgência na elaboração dessa política se deu devido à necessidade de se determinar possíveis caminhos e estratégias que garantissem a “[...] segurança, eficácia e qualidade do fármaco, a promoção do uso racional e, particularmente, o acesso da sociedade aos considerados relevantes” (FISCHER-PÜHLER, 2002, p. 315). Além disso, firmou-se a necessidade de se definir responsabilidades e competências do governo no SUS, em suas três esferas, no que diz respeito à questão dos medicamentos. Outrossim, a Lei Orgânica da Saúde, em seu artigo 6º, inciso VI, conferia ao SUS a atribuição de formular uma política de medicamentos de interesse do campo da saúde (BRASIL, 1990). A consolidação do SUS também dependia da concretização dessa etapa, uma vez que, a provisão de medicamentos contribuiria para a organização do sistema de saúde brasileiro. Ora, o uso correto e adequado dos produtos farmacêuticos traz alívio ao sofrimento humano, reduz o risco de morte, prolonga a vida e contribui para economia da nação ao diminuir os gastos públicos com internações, auxílios, pensões, aposentadorias etc. (FISCHER-PÜHLER, 2002).

A PNM está visivelmente inserida na política de saúde brasileira, pois constitui um dos elementos indispensáveis para a execução de medidas e ações capazes de culminar na melhoria das condições de saúde dos cidadãos. Ao garantir a disponibilidade dos produtos nas UBS, favorece a oferta e eleva-se a credibilidade dos serviços ali

ofertados, como também oportuniza um melhor atendimento preventivo e curativo (NACHARD, 2002). A elaboração dessa política era indispensável para o país, pois urgia a necessidade de coordenar as diversas ações e as intervenções do Estado no setor privado, a fim de dar aos cidadãos do país a garantia de acesso aos produtos farmacêuticos necessários a um preço devidamente justo e plausível (NACHARD, 2002).

As melhorias do acesso aos fármacos não pararam após a criação dessa política. Outro avanço importante foi a criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) (SANTOS, 2002), em 26 de janeiro de 1999, pela Lei nº 9.782 (BRASIL, 1999a), tendo suas ações centradas no setor farmacêutico do país, especialmente no que diz respeito à segurança sanitária. Destarte, estabelece normas e fiscaliza produtos químicos, farmacêuticos, alimentos e equipamentos, materiais e serviços etc. desde sua produção, aquisição (importação) até sua comercialização (FISCHER-PÜHLER, 2002). A relevância conferida aos fármacos ocorre devido à sua natureza social e função estritamente estratégica, uma vez que está vinculada à prevenção, ao controle e à cura dos males. Essas particularidades conferem notável relevância às políticas que abrangem essa questão, entretanto a melhoria da qualidade de vida, a proteção e a recuperação da saúde não se restringem apenas à aquisição, à posse e ao uso do medicamento, pois tão importante quanto isso é a qualidade de sua utilização e o Uso Racional do Medicamento (URM) (SANTOS, 2002). A promoção do URM é importantíssima e deve ser direcionada aos três atores principais desse processo terapêutico — os prescritores, os dispensadores e os usuários —, para que se tornem corresponsáveis no alcance dos objetivos em saúde. Nesse sentido, a Assistência Farmacêutica (ASF) mostra-se como sendo parte integrante da PNM (SANTOS, 2002).

A ASF tornou-se política, graças à aprovação da Resolução CNS nº 338, de 6 de maio de 2004, que instituiu a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF) (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2004). Tal política incorporou um conceito amplo, atendendo à perspectiva da integralidade das ações, e propôs ser norteadora na formulação das políticas setoriais, especificamente “[...] políticas de medicamentos, ciência e tecnologia, desenvolvimento industrial, formação de recursos humanos, entre outras” (BRASIL, 2006, p. 10). A PNAF é enfática ao afirmar que a ASF faz parte

do cuidado à saúde, tanto no âmbito individual quanto no coletivo, e refere-se ao medicamento como sendo um insumo indispensável, cujo acesso deve ser assegurado, sendo indissociável do uso racional (VIEIRA, 2010). Ademais, conforme a Resolução CNS nº 338, de 6 de maio de 2004, que aprovou a PNAF, a ASF é o conjunto de

[...] de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial e visando ao acesso e ao seu uso racional. Este conjunto envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como a sua seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2004).

A PNM, aprovada pela Portaria nº 3.916, 30 de outubro de 1998, pouco antes da PNAF, também conceituou a ASF.

Grupo de atividades relacionadas com o medicamento, destinadas a apoiar as ações de saúde demandadas por uma comunidade. Envolve o abastecimento de medicamentos em todas e em cada uma de suas etapas constitutivas, a conservação e controle de qualidade, a segurança e a eficácia terapêutica dos medicamentos, o acompanhamento e a avaliação da utilização, a obtenção e a difusão de informação sobre medicamentos e a educação permanente dos profissionais de saúde, do paciente e da comunidade para assegurar o uso racional de medicamentos. (BRASIL, 1998).

Silva (2009) salienta que esse conceito representa claramente a síntese da elaboração política e técnica dos farmacêuticos e demais profissionais da saúde defensores do movimento de reforma sanitária do país, uma vez que o modelo citado abrange duas dimensões diferentes: a política e a técnica. A dimensão técnica inclui as atividades de cunho técnico-administrativo e técnico-clínico. A primeira corresponde ao denominado ciclo de assistência farmacêutica, isto é, seleção, programação, compra/aquisição, armazenamento, distribuição, prescrição, dispensação etc., ligada à gestão da aquisição e distribuição, etapas cruciais para a garantia da disponibilidade e do acesso. O outro eixo diz respeito às atividades técnico-clínicas, que conferem ao farmacêutico a responsabilidade sobre o uso correto do medicamento e o alcance de resultados farmacoterapêuticos satisfatórios. Santos (2002) acrescenta que o entendimento sobre a ASF não deve se limitar às atividades

administrativas referentes aos fármacos, pois engloba atividades precisamente relacionadas com o bem-estar e a qualidade de vida dos cidadãos.

Nessa perspectiva, há pouco tempo, foi concebido o *Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde* (Qualifar-SUS) (BRASIL, 2014c, p. 30). Consistiu em estratégia prioritária, estruturada para proporcionar o devido aprimoramento e a implementação das diretrizes das Políticas mencionadas, de modo a integrá-las sistematicamente às atividades pertinentes à Assistência Farmacêutica nas atividades, nos serviços e nas ações de saúde, criando uma rede capaz de assegurar a atenção contínua, ininterrupta, eficaz, integral e humanizada (BRASIL, 2014c).

Para tanto, é composta por quatro eixos pormenorizados, a saber:

**I – Eixo Estrutura:** contribuir para a estruturação dos serviços farmacêuticos no SUS, de modo que estes sejam compatíveis com as atividades desenvolvidas na Assistência Farmacêutica, considerando a área física, os equipamentos, os mobiliários e os recursos humanos.

**II – Eixo Educação:** promover a educação permanente e a capacitação dos profissionais de saúde, para qualificação das ações da Assistência Farmacêutica voltadas ao aprimoramento das práticas profissionais, no contexto das Redes de Atenção à Saúde.

**III – Eixo Informação:** produzir documentos técnicos e disponibilizar informações que possibilitem o acompanhamento, o monitoramento e a avaliação das ações e serviços da Assistência Farmacêutica.

**IV – Eixo Cuidado:** inserir a Assistência Farmacêutica nas práticas clínicas, visando à resolutividade das ações em saúde, otimizando os benefícios e minimizando os riscos relacionados à farmacoterapia. (BRASIL, 2014c, p. 30).

Considerando o exposto, por meio da PNAF e de outras políticas e programas, os serviços de clínica farmacêutica se inserem como prática capaz de nortear as atividades farmacêuticas no âmbito da ASF na Atenção Básica (OLIVEIRA; ASSIS; BARBONI, 2010). Esse assunto será melhor discutido nas próximas seções. Em conclusão, a materialização dos objetivos da saúde no país vem ocorrendo graças à formulação das políticas farmacêuticas (PNM e PNAF) (BRASIL, 2006) e seus desdobramentos.

### **2.3.1 Gênese e trajetória da Atenção Farmacêutica: estruturação do cuidado**

A prática profissional farmacêutica evoluiu de maneira considerável nos últimos 50 anos, mas parte dessas mudanças acarretou perdas para a profissão farmacêutica, que deixou de ser reconhecida como uma profissão clínica. Tais perdas reduziram a atuação do farmacêutico na equipe de atenção ao paciente, o que gerou um esforço por parte dessa classe em lutar pela integralidade da assistência farmacêutica.

O ano de 1960 é descrito, em inúmeros artigos da área, como sendo o transbordamento da insatisfação da classe diante da situação à qual estava sujeita, resultando na proposta do farmacêutico clínico, um novo perfil profissional capaz de reaproximá-lo do paciente e integrá-lo à equipe de cuidado (SATURNINO; PERINI; LUZ, 2012). O anseio dos idealizadores dessa nova concepção era de conferir ao farmacêutico uma atuação pautada na integralidade, em que o foco principal de todo o cuidado dispensado seria o paciente (MEDEIROS et al., 2011).

As significativas mudanças pelas quais a atuação do farmacêutico passou no decorrer do século XX podem ser divididas em três períodos distintos: o tradicional, o de transição e o de desenvolvimento da atenção ao usuário de medicamentos (HEPLER; STRAND, 1990). A análise desses períodos é de fundamental importância para a compreensão da atual situação da profissão e para o planejamento da atenção à saúde da população. No transcorrer de cada período, os conceitos, as funções e as obrigações desse profissional receberam uma definição, um reconhecimento e uma importância diferente. Dessa forma, em cada período observa-se um diferente modelo de papel social da classe.

Nos primórdios da profissão, o termo “boticário” era usado para designar o que hoje chamamos e conhecemos por farmacêutico. Seu papel social centrava-se no preparo e na venda de fórmulas farmacêuticas, cosméticas, nutracêuticas e cosmecêuticas etc., e sua responsabilidade principal era tornar assegurada a qualidade, a segurança, a pureza e a eficácia de cada item manipulado, cuidado que se iniciava desde a escolha da matéria prima e na verificação de sua pureza, entre outras ações. O preparo era considerado uma arte. Em segundo plano, ficavam as orientações prestadas aos clientes, que lhes solicitavam a indicação ou a prescrição de medicamentos, com ou sem receita (HEPLER; STRAND, 1990). Esse período foi

denominado tradicional e seu término ocorreu devido aos avanços advindos dos anos dourados do capitalismo avançado, que proporcionou uma longa fase de auge sem precedentes, marcada pelo crescimento acelerado nas décadas de 1950 e 1960 (ANDERSON, 1995).

No Brasil, os avanços ocorridos no decorrer dessas décadas também culminaram, no início do período de transição, com o grande crescimento e fortalecimento das indústrias farmacêuticas, o que acabou reduzindo o papel exercido pelos profissionais farmacêuticos. Aos poucos, à medida que a preparação dos medicamentos era substituída por aqueles industrializados, perdia-se a autonomia na eleição dos agentes terapêuticos (VIEIRA, 2007). Essa mudança no papel profissional do farmacêutico culminou no ano de 1952, quando, nos Estados Unidos da América (EUA), o Código de Ética da *American Pharmacists Association* (AphA) foi taxativo em proibir os farmacêuticos de participarem do processo decisório e das discussões sobre os efeitos terapêuticos esperados nos usuários, devendo encaminhá-los ao médico ou dentista (ANGONESI; SEVALHO, 2010). Toda essa restrição resultou em uma visão distorcida da sociedade sobre o farmacêutico, como sendo um mero vendedor e dispensador de medicamentos, o que gerou uma grande insatisfação por parte desses profissionais. Em contrapartida, os hospitais ficaram imunes dessa imposição e, devido a essa isenção de regulação, os farmacêuticos possuíam a liberdade de participarem das comissões de farmácia e terapêutica, tendo o direito de opinar e intervir. Dessa forma, os profissionais não cederam às fortes influências vindas, tanto da classe médica como das indústrias, conservando o direito de participar de todas as decisões que discorriam sobre os medicamentos.

Diante dessa condicionante, em 1960 iniciou-se, nos EUA, o Movimento Farmácia Clínica liderado por acadêmicos e docentes da Universidade de São Francisco, provocando uma profunda reflexão sobre o papel do farmacêutico. Esse acontecimento marcou o início do período de desenvolvimento da atenção, encontrando nos hospitais um ambiente favorável para o desenvolvimento e a aplicação de suas propostas. Tal movimento foi o precursor dessa mudança, quando as atividades clínicas da farmácia começaram a ser traçadas e aplicadas. A razão dessa mobilização se deu pela busca da autorrealização profissional, proporcionada pela liberdade de exercer todo o seu potencial, pondo um fim na insatisfação que se

difundia nos EUA (MENEZES, 2000). Com isso, no final da década de 1969, nos EUA, o código de ética foi novamente alterado e o novo texto reconhecia e encorajava o farmacêutico ao exercício pleno de suas funções em habilidades clínicas (ANGONESI; SEVALHO, 2010).

Enquanto isso, o Brasil era regido por uma ditadura militar autoritária que reprimia e censurava qualquer espécie de movimento e manifestação. Essa talvez seja a razão por que o país não experimentou uma mobilização semelhante à dos norte-americanos. Nos anos de chumbo desse regime, o presidente Emílio Garrastazu Médici sancionava a Lei nº 5.991, no dia 17 de dezembro de 1973, que definia as atividades da farmácia como comércio farmacêutico e dava outras providências (BRASIL, 1973). Por infelicidade, acabou sendo vista como a oficialização da perda do papel social da farmácia no país, devido ao caráter capitalista mercantilista que foi dado ao estabelecimento farmacêutico, que passou a ser entendido como sendo um comércio voltado exclusivamente para o lucro (VIEIRA, 2007).

No bojo desse processo, nos EUA, embalados pela corrente do pensamento do movimento da farmácia clínica, Mikeal e colaboradores (1975) foram os primeiros a afirmar que os farmacêuticos tinham o dever de prestar a cada paciente a atenção requerida, garantindo o uso racional e seguro dos medicamentos. De forma inconsciente, construíam o que seria o prelúdio do conceito de AF, pois afirmavam que os medicamentos não deveriam ser a figura central desse processo, por serem um mero insumo estrategicamente usado com o intuito de restabelecer o estado de saúde do paciente, foco principal de toda a atenção dispensada. Poucos anos depois, Brodie, Parish e Poston (1980) fizeram a primeira modificação do conceito proposto cinco anos antes, incorporando ao original o dever do farmacêutico de proporcionar uma farmacoterapia eficiente, lançando mão de todas as ações necessárias. Na década de 80, Hepler (1987) revisitou os conceitos anteriores e os ampliou, definindo-se que o farmacêutico deveria ter com o paciente função exclusiva, que consistia em uma relação de responsabilidade sobre o controle de sua farmacoterapia.

No Brasil, em 1988, era promulgada a Constituição Cidadã, que trazia uma nova visão de saúde. No mesmo ano, a Organização Mundial de Saúde (OMS), em reunião em Nova Délhi, introduzia ideias provenientes da farmácia clínica em suas diretrizes voltadas para a profissão farmacêutica. Pouco depois, em 1990, no Brasil, era

implantado o Sistema Único de Saúde (SUS) (ANGONESI; SEVALHO, 2010). No ano de 1990 nos EUA, Hepler e Strand (1990) enfim definiram o conceito de AF que se tornou amplamente aceito em vários países do mundo, determinada como a provisão responsável do tratamento farmacológico com o propósito de alcançar resultados concretos que melhorem a qualidade de vida do paciente. Em seguida, em 1993, a OMS, por meio da Declaração de Tóquio, recomendou a AF a todos os profissionais. Apesar disso, no Brasil ainda persistia a visão centrada no medicamento, que impossibilitava a incorporação dessa prática, o que ficou claro com a criação da Política Nacional de Medicamentos (PNM) (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 1993).

Nesse período, outros países também discutiram e ampliaram o conceito de AF, como no caso da Espanha que, em 1998, propôs uma nova definição, após ampla discussão em seu primeiro consenso, que no momento atual já se encontra em sua terceira edição (PANEL DE CONSENSO, 1999). Na Espanha, o termo usado foi “*Atención Farmacéutica*”, fruto da criação do modelo de seguimento farmacoterapêutico, conhecido como Método Dáder, elaborado pelo grupo de Atenção Farmacêutica da Universidade de Granada. Após sua criação, já foram realizados três consensos com o intuito de definir conceitos e modelos de acompanhamento. Esses acordos também foram importantes para classificar e definir os Problemas Relacionados aos Medicamentos (PRM), e os Resultados Negativos associados à Medicação (RNM) (HERNÁNDEZ; CASTRO; DÁDER, 2014).

O conceito de AF começou a ser adotado pelo Brasil apenas no ano de 2001, quando, pela primeira vez, o Código de Ética Farmacêutico Brasileiro citou tal conceito (CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2001), mas a oficialização do termo só ocorreu no ano seguinte, em 2002, fruto da proposta de elaboração do Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2002).

Modelo de prática farmacêutica, desenvolvida no contexto da Assistência Farmacêutica. Compreende atitudes, valores éticos, comportamentos, habilidades, compromissos e corresponsabilidades na prevenção de doenças, promoção e recuperação da saúde, de forma integrada à equipe de saúde. 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 (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2002, p. 16-17).

De todos os conceitos de AF já citados, o proposto por Hepler e Strand (1990), destaca-se por ser o mais aceito e citado no meio acadêmico e científico, no qual a AF é tratada como parte integrante da prática farmacêutica, que possibilita a interação direta do farmacêutico com o indivíduo em tratamento, buscando saciar suas necessidades referentes aos medicamentos (PEREIRA; FREITAS, 2008).

### 2.3.2 O Cuidado Farmacêutico e a integralidade na Atenção Básica

Partindo de uma perspectiva histórica, a prática farmacêutica assistencial focada no paciente iniciou-se em meados da década de 60, por intermédio do movimento da farmácia clínica no âmbito hospitalar, como já foi pormenorizado anteriormente. A AF surgiu em resposta à necessidade social de se aprimorar o cuidado voltado aos usuários de medicamentos, por meio de ações que atingissem resultados satisfatórios com a farmacoterapia. Desde então, sugere-se que sua execução ocorra conjuntamente ao acompanhamento dos demais profissionais componentes da equipe de saúde (HEPLER; STRAND, 1990).

Cabe destacar nesse ponto que, no momento atual, essa terminologia vem caindo em desuso dando lugar ao termo Cuidado Farmacêutico. A farmácia clínica contemporânea tem incorporado a filosofia de prática concebida no Brasil, de Atenção Farmacêutica, onde também é denominada Cuidado Farmacêutico, com ampliações e aperfeiçoamentos provenientes do termo “*Pharmaceutical Care*” (AMERICAN COLLEGE..., 2008). Nessa perspectiva, corroboramos a afirmação de Correr e Otuki (2013).

Esse termo foi traduzido para vários idiomas mundo afora e ganhou diferentes significados, de acordo com as características culturais e a prática farmacêutica de cada país. Na Espanha, foi traduzido como *Atención farmacéutica*; na França, *suive pharmaceutique*; em Portugal, *cuidado farmacêutico*; no Brasil, como atenção farmacêutica. [...] a palavra care é usada para identificar cuidados em medicina e saúde pública, termo genérico para aplicação de conhecimentos para benefício de uma comunidade ou casos individuais. Na maioria dos dicionários, traduz-se por “cuidado”, “estima”, “apreço”, “interesse”, “solicitude”, “cautela” “vigilância”, “encarregar-se de” etc. Por essa razão, em muitos documentos surgem os termos “cuidado”, “atenção”, “assistência”, “seguimento” ou “vigilância” (CORRER; OTUKI, 2013, p. 217).

O termo padronizado em consenso no Brasil e amplamente utilizado em documentos legais é “Atenção Farmacêutica”, mas, recentemente, tem sido usado o termo “Cuidado Farmacêutico”, inclusive em documentos oficiais; logo, permanece o debate, que também surge em publicações científicas e guias de prática (CORRER; OTUKI, 2013; BRASIL, 2014c). Segundo Zubiioli (2007 apud CORRER; OTUKI, 2013, p. 217),

[...] os espanhóis traduzem o termo ‘pharmaceutical care’ por ‘atención farmacéutica’, que equivaleria a ‘atenção farmacêutica’, mas sem igual significado em português. Por essa razão, a Ordem dos Farmacêuticos e a Associação Nacional das Farmácias de Portugal empregam a terminologia ‘cuidados farmacêuticos’. Quando se investiga a origem latina dessa expressão inglesa, verifica-se que o traslado para palavras como ‘atenção’ e ‘cuidado’ tem significados diferentes. Atenção (do latim – *attentione*) tem o sentido de concentração e reflexão da mente em alguma coisa, daí que o verbo atender (do latim – *attendere*), quando usado como verbo transitivo direto, ter o significado de prestar serviços, aviar, etc., originando o substantivo atendente (do latim – *atendente*), pessoa que, nos hospitais e consultórios, desempenha a função de auxiliar de enfermagem. Cuidado (do latim – *cogitare*), quando empregado como verbo transitivo indireto, exprime o sentido de ter cuidado consigo mesmo, com sua saúde, sua aparência ou apresentação, gerando o substantivo cuidador (de cuidar + dor), com o significado lexical de aquele que cuida. Assim, o aspecto relevante de toda ação de saúde tem o foco principal bem definido: cuidar do paciente.

Sobre essas questões etimológicas no interior da profissão, ainda permanece a discussão. Nesta Dissertação, ainda que o termo “Cuidado Farmacêutico” tenha sido predominantemente utilizado, não deixamos de utilizar o termo “Atenção Farmacêutica”, dando igual tratamento a ambos, ao referirmos à prática, pois concordamos com Correr e Otuki (2013), ao considerarem que esses termos podem ser usados de maneira intercambiável. Pelas precedentes razões, resta claro que essa nova nomenclatura expressa com maior clareza a filosofia e o conceito construído ao longo dos últimos anos, agregando, de certa forma, um maior valor.

O Cuidado Farmacêutico resume-se em ações integradas do farmacêutico com a equipe de saúde, direcionadas ao paciente, visando à promoção, à proteção e à recuperação da saúde, como também à prevenção de danos e agravos. Visa à educação em saúde, de maneira permanente, assegurando a promoção da saúde, de cunho geral, e ações de promoção do uso racional de medicamentos, com objetivo de obter resultados terapêuticos satisfatórios, incluindo até as terapias complementares, por meio da oferta e prática de atividades técnico-pedagógicas e assistenciais por intermédio dos serviços de clínica farmacêutica. Ambas são direcionadas ao indivíduo

em tratamento, à sua família, à comunidade e à equipe de saúde (COSTA et al., 2014a; COSTA et al., 2014b).

Há décadas, a OMS (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 1993) vem sugerindo a participação do farmacêutico na provisão dos cuidados ao paciente, em razão das experiências exitosas alcançadas com a prática, fundamentando a tese de que sua inclusão no processo de atenção contribuiria grandemente para a solução dos problemas que infligem a saúde pública, mundo afora. De forma gradativa, o envolvimento do farmacêutico nas tarefas de cuidado aos pacientes tornou-se mais frequente, fato que tem provocado a reorientação da educação (MESQUITA et al., 2015) e do processo de trabalho farmacêutico.

O Brasil, como outros países, passa por período singular, marcado por transformações sociais, econômicas e demográfica que repercutem nas condições de vida, trabalho e saúde de seus cidadãos. No tocante às mudanças demográficas, nota-se o desenfreado crescimento populacional, associado às alterações da estrutura etária. O conjunto dessas mudanças provoca impactos significativos que, decerto, tornam-se desafios a serem superados na definição de políticas públicas (COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE, 2008; MENDES, 2010). No que concerne ao perfil epidemiológico, não é diferente. Vive-se no país transição inegável, particularizada por uma tripla carga de morbimortalidade, incluindo

[...] a persistência de doenças parasitárias, infecciosas e desnutrição, característica de países subdesenvolvidos, embora com tendências de decréscimo; o desafio das doenças crônicas e de seus fatores de risco como sedentarismo, tabagismo, alimentação inadequada, obesidade e outros agravos; e o crescimento das causas externas, em decorrência do aumento da violência, dos acidentes de trânsito e acidentes de trabalho, homicídios e suicídios (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010; MENDES, 2010, apud COSTA; SOEIRO; NASCIMENTO JÚNIOR, 2014, p. 15).

Acrescido a isso, existe a banalização da informação, o fácil acesso aos medicamentos sujeitos de prescrição, a pluralidade de prescritores, a polimedicação, a medicalização da vida, a alta prevalência de intoxicações medicamentosas, os fracassos farmacoterapêuticos etc. (CORRER; OTUKI; SOLER, 2011). Em decorrência disso, observa-se o aumento anual dos gastos públicos do Ministério da Saúde com medicamentos (GUERRA JÚNIOR; ACURCIO, 2013; MENDES, 2011), o

que eleva a disponibilidade e o acesso aos medicamentos em todo o país (MENDES, 2011), alimentando esse círculo vicioso. Diante dessa problemática, deve-se consignar que os fracassos da farmacoterapia resultam em perdas de saúde e econômicas que atingem toda a sociedade (HERNÁNDEZ; CASTRO; DÁDER, 2014), porque expõem ao risco os investimentos feitos nas ações de saúde (CORRER, 2014). Por outro lado, deve-se atentar que diversos estudos comprovam estatisticamente a existência desses prejuízos, mas também afirmam que uma grande parcela desses fracassos é evitável (HERNÁNDEZ; CASTRO; DÁDER, 2014).

Diante de tal cenário, fica a difícil tarefa para os sistemas de saúde e, em especial, o SUS, de se organizar a fim de oferecer aos seus usuários uma atenção integral, humanizada e ininterrupta, observando suas particularidades de saúde, que abarcam fatores econômicos, sociais e culturais (COSTA; SOEIRO; NASCIMENTO JÚNIOR, 2014). Com fundamento nas lições de Secchi (2015), diante de um problema público compreendido como coletivamente relevante, o gestor deve servir-se das políticas públicas, pois são a via apropriada para o enfrentamento e o alcance de soluções. Torna-se impreterível discutir sobre o papel da Assistência Farmacêutica no momento atual em que o SUS se encontra, debatendo qual o percurso para ir além, na perspectiva das Redes, com o propósito de responder, de forma integrada e ordenada, às demandas de saúde dos usuários do sistema (BRASIL, 2014c).

As Redes de Atenção à Saúde são definidas pela Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010 (BRASIL, 2010), e pelo Decreto nº 7.508, de 28 junho de 2011 (BRASIL, 2011), como

[...] arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam **garantir a integralidade do cuidado**.

.....  
Fundamenta-se na compreensão da APS [Atenção Primária à Saúde] como primeiro nível de atenção, **ênfatizando a função resolutiva dos cuidados primários** sobre os problemas mais comuns de saúde e a partir do qual se realiza e coordena o cuidado em todos os pontos de atenção.

Os pontos de atenção à saúde são entendidos como espaços onde se ofertam determinados serviços de saúde, por meio de uma produção singular (BRASIL, 2010, grifos nossos).

Outro esclarecimento oportuno é que diversas experiências têm comprovado a veracidade da afirmação de que os modelos de organização que adotam a Atenção

Primária à Saúde como coordenadora da rede, demonstram ser superiores aos demais, pois propiciam maior superação da fragmentação sistêmica, por serem mais organizados, o que, por consequência, eleva a eficácia, ordena a alocação de recursos e favorece a coordenação clínica. Justamente por essas razões, é capaz de dar resolutividade ao sistema diante de adversidades socioeconômicas, demográficas, epidemiológicas e sanitárias (BRASIL, 2010). O SUS carece de ações que incrementem o seu desempenho, no que se refere ao acesso, à eficiência econômica, à efetividade e à qualidade da atenção ofertada. Em razão disto, o desenvolvimento das Redes de Atenção tem sido visto como a melhor estratégia capaz de organizar o sistema e propiciar a concretização dos anseios supracitados (BRASIL, 2014c).

A Portaria nº 4.279 (BRASIL, 2010) descreve a Assistência Farmacêutica como sendo um dos elementos constituintes essenciais das Redes de Atenção à Saúde, ao passo que constitui um sistema de apoio na estrutura operacional. Os serviços de Clínica Farmacêutica, disponibilizados nos pontos de atenção à saúde, desenvolverão ações cuja finalidade será oportunizar o uso racional de medicamentos por parte do indivíduo, sua família e comunidade, sob uma visão holística (COSTA et al., 2014a; COSTA et al., 2014b; BRASIL, 2014c). Com efeito, em observância aos dispositivos legais, no âmbito da AB, em especial no NASF, o Cuidado Farmacêutico deverá envolver ações técnico-pedagógicas e clínico-assistenciais, ambas as dimensões de apoio matricial. Conforme já explicitado, a primeira refere-se às ações que atendem às demandas das equipes de cuidado, por meio de educação permanente e demais ações compartilhadas. A segunda diz respeito ao Cuidado Farmacêutico e às ações clínicas centradas nos usuários. Destarte, a partir de sua prática clínica, o farmacêutico qualificará a atenção integral prestada aos usuários do sistema e, da mesma forma, também contribuirá para a potencialização das ações de prevenção, proteção e reabilitação da saúde, executadas pelos demais membros da equipe, no tocante ao uso racional de medicamentos (BRASIL, 2014b).

Nota-se que a pretensão com essa nova filosofia de prática constitui um paradigma, pois, como já dito, sua execução reforça os serviços tradicionais do cotidiano da prática farmacêutica e vai além, ao inserir a gestão clínica do medicamento, introduzindo serviços clínicos dirigidos ao alcance de resultados terapêuticos

aceitáveis, por intermédio de uma interação retilínea entre profissional e paciente usuário e em coadjuvação com todo o grupo de trabalho de saúde (WIEDENMAYER et al., 2006; CORRER; OTUKI, 2013).

A respeito do uso racional de medicamentos, Mota e colaboradores (2008) esclarecem que são ações que consistem em maximizar os benefícios proporcionados pelos fármacos, ao mesmo tempo em que minimizam os riscos que decorrem do uso e os custos totais do tratamento para a (s) parte (s). A promoção do uso racional requer o envolvimento de toda equipe. Na divisão das tarefas, o médico selecionará e dará início ao tratamento, enquanto os enfermeiros e farmacêuticos, de maneira articulada, atuarão concentrando esforços na implementação e no ajuste, caso necessário, do plano terapêutico prescrito, dando o devido suporte e monitorando os resultados obtidos, com informações mútuas para fins de organização e preparo diante de eventuais desvios (HEPLER; SEGAL, 2003; HEPLER, 2004). Cumpre lembrar que a Política Nacional de Medicamentos (PNM), bem como a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), integrantes da Política Nacional de Saúde, fundamentam a efetiva implementação do Cuidado Farmacêutico no atual sistema de saúde (FERNANDES, 2014).

Cabe destacar, nesse ponto, que o Cuidado Farmacêutico deve ser desenvolvido no contexto da Assistência Farmacêutica, pois, em observância aos marcos regulatórios mencionados, a “Atenção Farmacêutica” é parte indissociável da Assistência farmacêutica (BRASIL, 1998; CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2004). Com efeito, a promulgação de tais políticas contribuiu para a reorientação do processo de trabalho do farmacêutico em diferentes contextos e, também, para a concretização dos direitos individuais, coletivos e difusos assegurados no texto constitucional, uma vez que, na ausência de dispositivos regulatórios, tais políticas foram norteadoras para a formulação e implementação de novas normas.

A título de exemplo, destacam-se as recentíssimas Resoluções nº 585 e nº 586, do Conselho Federal de Farmácia (CFF). A primeira regulamentou as atribuições clínicas do farmacêutico, firmando os direitos, as obrigações e as responsabilidades para a prestação dos copiosos serviços clínicos. No texto da resolução, 28 atribuições relativas ao cuidado clínico à saúde do paciente são definidas; além disto, mais 11 atribuições atinentes à comunicação e à educação no âmbito da saúde também são

definidas (CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2013c). A segunda regulou a prescrição farmacêutica em todo o país, em razão do momento de transição vivenciado pelo setor, ocasionado pelos resultados positivos alcançados em diversos sistemas de saúde mundo afora com a prescrição farmacêutica. A resolução em questão foi além, ao especificar a prescrição farmacêutica, pormenorizando as etapas, indicando os limites e a documentação imprescindível, ao distingui-la de uma corriqueira recomendação (CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2013b).

Constata-se que, pelos elementos disponíveis, a viabilidade da inserção do Cuidado Farmacêutico é incontestável. Afinal, o farmacêutico possui visão ampla do uso dos medicamentos e do andamento da farmacoterapia. Inclusive com a possibilidade de potencializar os resultados, a partir de uma abordagem integral do usuário, abrangendo sua família e suas relações sociais, características inerentes à postura do cuidado (CORRER; OTUKI, 2013; CORRER; NOBLAT; CASTRO, 2011). Parafraseando Pinheiro (2008), percebe-se que o Cuidado Farmacêutico se conjuga ao princípio da integralidade. A integralidade mostra-se presente em vários momentos, como no encontro e no diálogo em que o farmacêutico procura, de forma cuidadosa, reconhecer não só as demandas óbvias de saúde, mas também aquelas dificilmente percebidas. A integralidade está presente na preocupação desse profissional, ocasionada pela difícil tarefa de decidir qual a técnica de prevenção que será utilizada, considerando as limitações de bens e serviços de saúde disponíveis, para evitar possíveis excessos.

Os valores implícitos no Cuidado Farmacêutico permitem realizar incontáveis aproximações com as diversas manifestações sobre a integralidade nas ações de cuidado. Especialmente sobre a capacidade de propiciar a resolubilidade do sistema e seus serviços, ao ser uma via capaz de concretizar o direito à saúde, ao permitir a participação do usuário, ao ofertar ações que os acolhem e humanizam o cuidado prestado gerando vínculo, no fazer coletivo etc. (PINHEIRO, 2008).

### 2.3.3 O Cuidado Farmacêutico, sua recepção e seu direcionamento legal

No Brasil, em virtude da Lei nº 3.820, de 11 de novembro de 1960, todas as atividades profissionais exercidas pelos farmacêuticos estão sob a jurisdição do CFF, que zela pela regulamentação e pelo exercício da profissão (BRASIL, 1960). No que concerne à inserção do Cuidado Farmacêutico no SUS, a profissão está fundamentada nos princípios doutrinários instituídos pela LOS. Dessa forma, os pacientes que requerem um maior cuidado com relação à sua farmacoterapia, possuem o direito de receber um acompanhamento farmacoterapêutico ofertado por um profissional devidamente habilitado, atuando em parceria com a equipe de saúde na qual está inserido, com a finalidade de monitorar, avaliar e solucionar os Problemas Relacionados com os Medicamentos (PRM) e os Resultados Negativos associados a Medicação (RNM), evitando eventuais fracassos da farmacoterapia (LYRA JÚNIOR; MARQUES, 2007). As principais normativas que respaldam a atuação clínica farmacêutica no Brasil estão expostas no Quadro 4.

Quadro 4 – Legislação sanitária que dispõe sobre a atuação clínica farmacêutica no Brasil

<b>Norma</b>	<b>Ementa</b>
RDC ANVISA 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.
Resolução CFF nº 555, de 30 de novembro de 2011	Regulamenta o registro, a guarda e o manuseio de informações resultantes da prática da assistência farmacêutica nos serviços de saúde.
Resolução CFF nº 585, de 29 de agosto de 2013	Regulamenta as atribuições clínicas do farmacêutico e dá outras providências.
Resolução CFF nº 586, de 29 de agosto de 2013	Regula a prescrição farmacêutica e dá outras providências.
Lei nº 13.021, de 8 de agosto de 2014	Dispõe sobre o exercício e a fiscalização das atividades farmacêuticas.

Fonte: Elaboração do autor (2017).

O Cuidado Farmacêutico apresenta-se como sendo uma estratégia eficaz na promoção do uso racional dos medicamentos, tornando-se um componente indispensável na redução de gastos, ao passo que contribui para o alcance dos objetivos da farmacoterapia proposta, reduzindo os danos provocados pelo uso de medicamentos desnecessários e custos indiretos (internações, equipamentos etc.)

(LYRA JÚNIOR; MARQUES, 2007), além dos muitos benefícios de saúde conferidos ao paciente. No que diz respeito ao acolhimento legal, versa o Código de Ética Farmacêutico que o profissional tem o dever de proceder de maneira a alcançar a saúde do doente, dando-lhe todas as orientações necessárias (CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2014). Para Oliveira et al. (2005), o Cuidado Farmacêutico contribui sobremaneira para o alcance dessa finalidade.

Apesar das críticas conferidas à Lei nº 5.991/73 (BRASIL, 1973), deve-se reconhecer que ela contribui para a oferta do cuidado, uma vez que, ao obrigar a presença do farmacêutico durante todo o horário de funcionamento da farmácia, promove uma maior relação entre farmacêutico e paciente, possibilitando a formação de um vínculo de confiança, requisito necessário para o Seguimento Farmacoterapêutico (SF) (CORRER, 2013). A Resolução nº 357, de 20 de abril de 2001, que aprova as boas práticas da profissão, reconhece o Cuidado Farmacêutico sob a terminologia AF como prática profissional exclusiva, no qual o único e principal beneficiário das ações ofertadas é o paciente. Além disso, no Capítulo IV, encontram-se descritos os deveres, as obrigações e as orientações relativas à construção do perfil farmacoterapêutico do paciente, que também constitui uma das etapas do cuidado (CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2001).

A recentíssima Lei nº 13.021, de 8 de agosto de 2014, sancionada pela então presidenta Dilma Vana Rousseff, representa um importante avanço para a prestação de serviços clínicos nas farmácias (comunitárias ou hospitalares) do país, tanto de natureza pública, quanto no âmbito privado, pois confirmou a farmácia como sendo um estabelecimento de saúde, ao definir seu papel.

Art. 3º Farmácia é uma unidade de prestação de serviços destinada a prestar assistência farmacêutica, assistência à saúde e orientação sanitária individual e coletiva, na qual se processe a manipulação e/ou dispensação de medicamentos magistrais, officinais, farmacopeicos ou industrializados, cosméticos, insumos farmacêuticos, produtos farmacêuticos e correlatos. (BRASIL, 2014a).

Além disso, em seu Capítulo III, seção II, artigo 13, inciso V, estabelece como responsabilidade do farmacêutico a elaboração do perfil e o acompanhamento de forma sistemática do paciente (BRASIL, 2014a).

A Resolução nº 585, de 29 de agosto de 2013, é a principal base legal para a atuação clínica farmacêutica. Os incisos do Art. 7º do Capítulo I discorrem sobre as atribuições clínicas do farmacêutico e conferem as atribuições necessárias para a prática do Cuidado Farmacêutico.

Art. 7º São atribuições clínicas do farmacêutico relativas ao cuidado à saúde, nos âmbitos individual e coletivo:

.....  
 III - Participar do planejamento e da avaliação da farmacoterapia, para que o paciente utilize de forma segura os medicamentos de que necessita, nas doses, frequência, horários, vias de administração e duração adequados, contribuindo para que o mesmo tenha condições de realizar o tratamento e alcançar os objetivos terapêuticos;

.....  
 V - Realizar intervenções farmacêuticas e emitir parecer farmacêutico a outros membros da equipe de saúde, com o propósito de auxiliar na seleção, adição, substituição, ajuste ou interrupção da farmacoterapia do paciente;

.....  
 VII - Prover a consulta farmacêutica em consultório farmacêutico ou em outro ambiente adequado, que garanta a privacidade do atendimento;

.....  
 XI - Solicitar exames laboratoriais, no âmbito de sua competência profissional, com a finalidade de monitorar os resultados da farmacoterapia;

.....  
 XVII - Elaborar o plano de cuidado farmacêutico do paciente  
 [...] CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, p. 4-5, 2013c).

Por fim, a Resolução nº 586, de 29 de agosto de 2013, inova

[...] ao considerar a prescrição como uma atribuição clínica do farmacêutico, definir sua natureza, especificar e ampliar o seu escopo para além do produto e descrever seu processo na perspectiva das boas práticas, estabelecendo seus limites e a necessidade de documentar e avaliar as atividades de prescrição. (CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2013b, p. 2).

Ademais, é imperioso destacar que a atuação clínica dos farmacêuticos também possui respaldo legal na Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), determinada pelo Ministério do Trabalho e Emprego. A farmácia clínica (ou clínica farmacêutica) encontra-se incorporada e reconhecida nos marcos legais no Brasil (BRASIL, 2014, apud CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, acesso em 10 fev. 2016).

A partir destas informações, resta claro que o Cuidado Farmacêutico está recepcionado juridicamente no Brasil. Os farmacêuticos e o SUS devem adotá-lo como prática profissional essencial e indispensável no cotidiano do exercício da profissão e do cuidado ao paciente, em resposta às expectativas de saúde da sociedade.

### 3 METODOLOGIA

“Poderia me dizer, por favor, que caminho devo tomar para ir embora daqui?”  
“Depende bastante de para onde quer ir”, respondeu o Gato.  
“Não me importa muito para onde”, disse Alice.  
“Então não me importa que caminho tome”, disse o Gato.  
(As aventuras de Alice no País das Maravilhas – Lewis Carroll)

A palavra “metodologia” é formada por duas outras, a saber: “método” e “logia”. O primeiro termo, conforme Cotrim e Fernandes (2013, p. 363), “[...] vem do grego *meta*, “através”, e *hodos*, “caminho”, significando “através de um caminho” ou “de um procedimento”. O segundo termo “logia” vem do grego *logos*, que significa estudo, conhecimento. Assim, o vocábulo “metodologia” expressa o estudo e o emprego de um dado método que ocupará uma posição central de um procedimento a fim de nortear todo o conjunto para o alcance de um objetivo comum. Não obstante seu caráter diverso, os métodos estão alicerçados, de maneira geral, em uma estrutura lógica, que reúne um conjunto de etapas diferentes, as quais devem ser seguidas para o alcance do objetivo almejado (COTRIM; FERNANDES, 2013).

Com fundamentos nas lições de Minayo (2004) e Dias e Matos (2012), a metodologia diz respeito ao caminho que deverá ser percorrido para que determinados elementos possam ser estruturados favorecendo, em um cenário futuro, o alcance pleno dos objetivos firmados em momento pretérito. Neste ponto, é oportuno salientar que o processo de seleção deste caminho inicia-se desde os momentos decorridos, relativos à definição do objeto a ser pesquisado e estudado, em coexistência com as inquietações emanadas da trajetória profissional ou própria e particular do pesquisador, como também das concepções adquiridas após leitura crítica de seu marco teórico e, por último, em consideração aos objetivos propostos com a pesquisa (MINAYO, 2004).

#### 3.1 TIPO DE ESTUDO

Sob a égide do cumprimento dos objetivos desta pesquisa, o trabalho em questão serviu-se de uma investigação teórica, documental e bibliográfica, visando à construção do referencial teórico, com minuciosa revisão de literatura, por meio de um

processo rigoroso de levantamento de dados e informações disponibilizadas em diversos suportes (livros, artigos, teses, dissertações, documentos oficiais, internet etc.), analisando severamente tudo o que já foi publicado sobre o tema e o problema de pesquisa em questão. Ainda em observância aos objetivos, esta foi uma pesquisa de campo descritiva exploratória de caráter qualitativo, realizada com entrevistas orientadas por roteiro semiestruturado.

Pela redação do referido “caminho metodológico”, é forçoso esclarecer o porquê desta escolha. Minayo (2004) explica que, quando o objetivo de um estudo é analisar e descrever as práticas e as concepções dos profissionais de saúde atuantes no setor público, pormenorizando processos, ações, discursos, saberes, valores etc., deve-se aplicar técnicas e métodos qualitativos, pois os fenômenos humanos são:

[...] parte da realidade social, pois o ser humano se distingue não só por agir, mas por pensar sobre o que faz e por interpretar suas ações dentro e a partir da realidade vivida e partilhada com seus semelhantes. O Universo da produção humana que pode ser resumido no mundo das relações, das representações e da intencionalidade e é objeto da pesquisa qualitativa (MINAYO, 1994, p. 24).

A pesquisa qualitativa é proveniente do pensamento compreensivista. Justamente por essa razão, dispensa medidas numéricas de quantificação como as análises estatísticas (KAPLAN; DUCHON, 1988), uma vez que “[...] os fatos sociais dificilmente podem ser tratados como coisas, pois são produzidos por seres que sentem, pensam, agem e reagem” (GIL, 2012, p. 5). Destarte, não se aplicam análises estatísticas sobre a “[...] interpretação dos fenômenos e da atribuição de significados no decorrer da pesquisa” (BRASILEIRO, 2013, p. 49). Por conseguinte, demanda um contato direto com a situação estudada, para obtenção de todos os dados descritivos necessários para retratação da perspectiva dos sujeitos (MINAYO, 2004). Outrossim, por força de tudo isso, requer uma avaliação com uma notável profundidade nos aspectos subjetivos da temática em questão (KAPLAN; DUCHON, 1988). A pesquisa qualitativa almeja

[...] a obtenção de dados descritivos sobre pessoas, lugares e processos interativos pelo contato direto do pesquisador com a situação estudada, procurando compreender os fenômenos segundo a perspectiva dos sujeitos, ou seja, dos participantes da situação em estudo (GODOY, 1995, p. 58).

Em resumo, nas palavras de Polit e Hungler (1995, p. 56), a pesquisa qualitativa “[...] baseia-se na premissa de que os conhecimentos sobre os indivíduos só são possíveis com a descrição da experiência humana, tal como ela é vivida e tal como ela é definida por seus próprios atores”. Portanto, pelas precedentes razões e haja vista que o objeto desta pesquisa se expressa em práticas sociais, buscamos debruçar nossa investigação sobre os sujeitos (farmacêuticos), averiguando suas concepções, seus sentidos e suas práticas.

Parafraseando Bauer e Gaskell (2002), tal abordagem nos permitiu conhecer as diferentes opiniões existentes, em um mesmo grupo, acerca da relação entre o Cuidado Farmacêutico e o princípio da integralidade, explorando representações e vivências distintas sobre a mesma matéria, pois ao acessar múltiplos pontos de vista, várias perspectivas e diversos modos de agir, apuraram-se as relações entre esses elementos e a dificuldades relativas à prática.

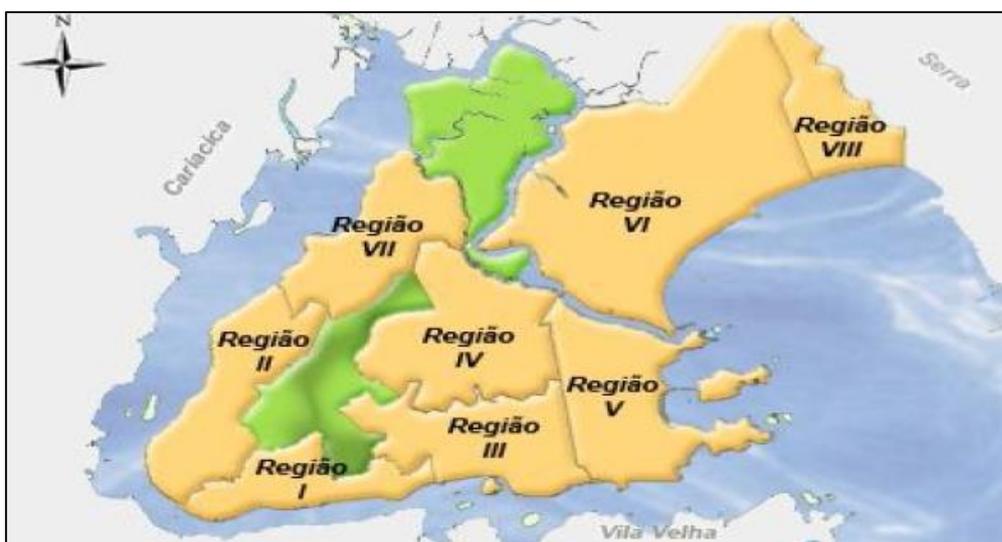
### 3.2 CENÁRIO E LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado nas Unidades Básicas de Saúde da Prefeitura Municipal de Vitória, Espírito Santo. O Município de Vitória é a capital do Espírito Santo, um dos quatro Estados que compõem a Região Sudeste do Brasil. É imperioso destacar que a cidade de Vitória é uma das mais antigas capitais do país, visto que sua fundação ocorreu poucas décadas após o descobrimento do Brasil, a saber, no dia 8 de setembro de 1551.

De acordo com a última sinopse do censo demográfico (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, acesso em 27 fev. 2016), habitavam no Município de Vitória cerca de 327.801 mil pessoas em 2010. Em 2015, o Instituto estimou que a população da cidade havia alcançado a marca de 355.875 mil habitantes.

Por força da Lei Municipal nº 6.077/2003, o Município de Vitória é organizado em bairros, não existindo distritos. A cidade é composta por 79 bairros, que por sua vez estão divididos em 8 regiões administrativas (Figura 1).

Figura 1 – Mapa da regionalização administrativa do Município de Vitória

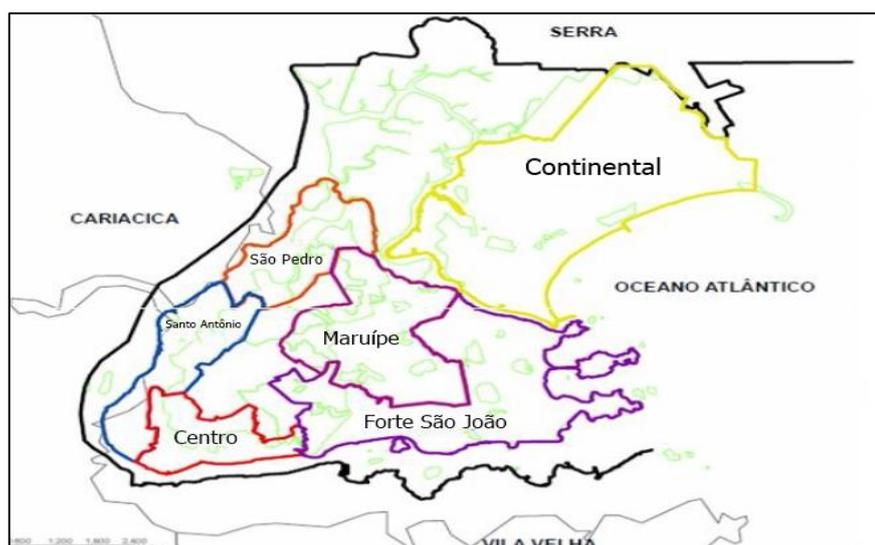


Fonte: Vitória (2015, p. 14).

Nota: Adaptação do autor.

Em contrapartida, a organização da rede de atenção à saúde de Vitória não obedece a essa divisão, visto que adotou uma divisão diferente. O Município possui 6 regiões de saúde (Centro, Continental, Forte de São João, Maruípe, Santo Antônio e São Pedro) e 29 territórios de saúde (Figura 2).

Figura 2 – Mapa da regionalização da saúde no Município de Vitória



Fonte: Vitória (2015, p.18).

Nota: Adaptação do autor.

Feitas essas considerações, passamos para a descrição da rede municipal de saúde de Vitória. A rede em questão é formada por

[...] 30 (trinta) unidades básicas de saúde distribuídas nos territórios descritos. Das 30 (trinta) UBS, 23 (vinte e três) estão organizadas com a Estratégia Saúde da Família, totalizando 78 (setenta e oito) equipes de Saúde da Família/ESF, sendo 56 (cinquenta e seis) com Saúde Bucal, 03 (três) UBS com Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde/EACS (totalizando 4 equipes) e 04 UBS sem ESF/EACS (VITÓRIA, 2015, p. 64).

- 2 Equipes de Consultório na Rua;
- 2 Pronto Atendimentos;
- 16 Módulos de orientação ao exercício (SOE);
- 3 Academias populares;
- 20 Academias do idoso;
- 1 Centro de Vigilância em Saúde Ambiental (CVSA);
- 4 Centros de Referência de atenção especializada;
- 2 Centros de Atenção Psicossocial (01 CAPSII e 01CAPS III);
- 1 Centro de Atenção Psicossocial em álcool e outras drogas (CAPS AD III);
- 1 Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil (CAPSi);
- 1 Casa de Acolhimento Transitório Infanto-juvenil (CATij);
- 1 Serviço Residencial Terapêutico;
- 2 Equipes de Consultório na Rua;
- 1 Serviço de Atenção à Pessoa em Situação de Violência (SASVV);
- 1 Laboratório Central Municipal com 27 pontos de coleta de exames;
- 1 Central de Transporte Sanitário;
- 1 Escola Técnica e Formação Profissional de Saúde (ETSUS);
- 1 Serviço de Vigilância Sanitária (VISA);
- 1 Serviço de Vigilância Epidemiológica;
- 1 Serviço Central de Insumos de Saúde;
- 1 Farmácia Popular (VITÓRIA, 2015, p. 64-66).

Além desses serviços desenvolvidos pela Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS), o Município também celebra contratos com prestadores privados de serviços de saúde (clínicas especializadas e serviços de apoio a diagnóstico terapêutico) para oferecer uma maior cobertura de saúde a seus munícipes. De maneira semelhante, isso ocorre

quanto à assistência hospitalar, visto que o Município possui uma série de convênios com prestadores desse tipo de serviço, a saber:

[...] Maternidade PRÓMATRE (Parto Humanizado de baixo e médio risco), Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais de Vitória (APAE – Serviços de Atenção à Saúde aos munícipes portadores de deficiência mental múltipla, bebês de risco, autismo, transtornos psíquicos e familiares), Associação Capixaba Contra o Câncer Infantil (ACACCI), Associação Feminina de Associação e Combate ao Câncer (AFECC), Serviços Especializados Ambulatoriais e Hospitalares, Instituição Adventista de Educação e Assistência Social (ADRA - manutenção da residência terapêutica) (VITÓRIA, 2015, p. 66).

Ora, face às considerações aduzidas, vê-se que a rede de atenção do Município de Vitória é notadamente complexa, porquanto, ao que tudo indica, desempenha uma gestão plena do SUS, pois, pelos atendimentos de outrora, o Município contempla em seus serviços prestados todos os níveis de complexidade.

### 3.3 SUJEITOS DA PESQUISA

Foram selecionados e entrevistados 12 (doze) farmacêuticos trabalhadores da Atenção Básica da PMV/SEMUS. Em razão do caráter qualitativo desta pesquisa, a definição do tamanho amostral se deu por saturação<sup>1</sup>. A título de esclarecimento, o objetivo não era alcançar medidas estatísticas, mas sim conhecer a experiência social do sujeito. Dessa forma, nos debruçamos sobre seus modos de vida, significados e suas vivências; não utilizamos amostras aleatórias, pois nas investigações qualitativas “[...] temos a possibilidade de compor intencionalmente o grupo de sujeitos com os quais vamos realizar nossa pesquisa” (MARTINELLI, 1999, p. 24). O mais importante nessa pesquisa não é o número de sujeitos que prestaram as informações, “[...] mas o significado que esses sujeitos têm, em função do que estamos buscando com a pesquisa [...]” (MARTINELLI, 1999, p. 24).

Para compor a amostra, procuraram-se indicações de profissionais de UBS dos diferentes setores de saúde do Município, buscando variar segundo sexo, faixa etária

---

<sup>1</sup> A amostragem por saturação é proposital, considerando que o fechamento do grupo de participantes ocorre quando as informações obtidas começam a repetir conteúdos já coletados, não oferecendo acréscimos significativos. A interrupção também se aplica caso o pesquisador tenha conseguido atingir seus objetivos com as informações adquiridas (RAMOS; JUNQUEIRA; PUPLAKSIS, 2008, p. 195).

e tempo de serviço na SEMUS. Por questões de viabilidade da aplicação do estudo em prazo factível e em obediência aos recursos disponíveis, justifica-se o tamanho da amostra. Em face do exposto, é bom lembrar que a amostra escolhida ofereceu diversidade e representatividade, visto que os participantes escolhidos estão envolvidos no processo de cuidado, expressando a realidade com total veracidade e precisão.

### **3.3.1 Critério de inclusão**

- Ser Farmacêutico de UBS da PMV.

### **3.3.2 Critério de exclusão**

- Ser farmacêutico com tempo de exercício na PMV menor que um ano.

## **3.4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS**

É mister esclarecer que o presente projeto de pesquisa foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretária Municipal de Saúde de Vitória (CEP/SEMUS) (Instituição coparticipante). Para tanto, foi redigida uma Carta de Solicitação pelo pesquisador e seu orientador à Secretária Municipal de Saúde para o desenvolvimento da pesquisa, acompanhada de todos os documentos necessários para tal objetivo. Ao final dessa etapa do trâmite regimental, a SEMUS emitiu parecer favorável à realização da pesquisa (ANEXO A). Em seguida, foi feita a submissão da pesquisa ao Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (CEP/EMESCAM) através da Plataforma Brasil, que emitiu parecer autorizando o início da pesquisa (ANEXO B). Registre-se que, em respeito e em cumprimento às leis regulatórias, o pesquisador só foi a campo, para coleta de dados, após a emissão de parecer favorável pelo CEP/EMESCAM.

Transcorrido esse percurso, fomos até as UBS para proceder à entrega do ofício, contendo na integra as informações acerca da pesquisa e seus aspectos éticos, aos

coordenadores. Visamos, com isso, informá-los sobre a autorização da aplicação da pesquisa e acesso livre às dependências da UBS. Feito isso, fomos ao encontro dos sujeitos da pesquisa e os convidamos a participar do estudo, dando-lhes informações detalhadas acerca da investigação. Todos os convidados aceitaram participar e lhes foi entregue, em duas vias, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B). Após leitura, ampla elucidação das dúvidas surgidas e assinatura, procedemos com as entrevistas individuais, orientadas por roteiro semiestruturado (APÊNDICE A). É importante destacar que as entrevistas foram realizadas em local que garantia a total privacidade, a autonomia e o respeito ao sigilo das informações fornecidas durante a entrevista.

Como já foi dito, utilizamos, durante as entrevistas, um roteiro semiestruturado, elaborado a partir dos objetivos traçados. Esse instrumento de coleta de dados escolhido convém ao caráter desta pesquisa, porque “[...] ao mesmo tempo que valoriza a presença do investigador, oferece todas as perspectivas possíveis para que o informante alcance a liberdade e a espontaneidade necessárias, enriquecendo a investigação” (TRIVIÑOS, 2006, p. 146). O instrumento em questão possui 2 (duas) partes. A primeira conta com 7 (sete) perguntas, necessárias para a caracterização do entrevistado, quanto a sexo, idade etc., e a segunda parte contém as questões abertas, que serão feitas pelo pesquisador ao entrevistado, abordando livremente cada um dos temas estabelecidos (APÊNDICE A).

O áudio de todas as entrevistas foi gravado com o auxílio do gravador nativo de um iPhone modelo A1428. Ao término das gravações, as falas contidas nos áudios foram cuidadosamente transcritas na íntegra. O conteúdo das conversas armazenados em áudio, bem como a sua transcrição, ficará sob a guarda do pesquisador no período de 5 (cinco) anos, a contar da data da defesa da Dissertação. Assevera-se ainda que os participantes não tiveram sua identidade revelada, informação que também está contida no TCLE (APÊNDICE B); o anonimato estará resguardado na sua totalidade. Diante disso, a identificação das falas dos entrevistados se dará por meio de codificação alfanumérica e sequencial (Farmacêutico (a) 1...).

### 3.5 ANÁLISE DE DADOS

Os dados coletados foram analisados através do método de análise de conteúdo e estão apresentados nesta Dissertação. A título de esclarecimento, a análise de conteúdo, conforme o entendimento de Laurence Bardin (1997), é uma técnica utilizada para identificação, categorização, análise e interpretação dos dados obtidos nas pesquisas qualitativas, possibilitando o tratamento das informações por intermédio de procedimentos claros, objetivos e sistemáticos de análise das transcrições dos conteúdos das respostas, viabilizando inferências acerca de suas origens etc. Conforme a técnica, o conteúdo das respostas gravadas em áudio (dados brutos) é totalmente transcrito, para posterior releitura e edição do material obtido. Todo esse meticuloso trabalho visa tornar possível a obtenção e a extração dos pontos relevantes do material processado, tendo em vista o marco teórico.

No tocante à parte procedimental, a análise de conteúdo, no entendimento de Bardin (1997), Oliveira et al., (2003), Campos (2004), Mozzato e Grzybovski (2011), serve-se de etapas. A etapa inicial abrange o minucioso levantamento bibliográfico que futuramente servirá de fundamentação teórica dos rumos do estudo. O conhecimento da literatura clássica e atual é de suma importância, pois guia o olhar do pesquisador no momento em que estiver diante do fenômeno a ser investigado. Com os dados em mão, procede-se com a definição das categorias de análise, bem como sua classificação, isto é, determinam-se as questões que deverão ser elucidadas, levando-se em conta os objetivos traçados e o referencial teórico construído. Por último, inicia-se a análise e a interpretação dos dados tratados, de maneira zelosa, reflexiva e crítica, aproximando e articulando-as com o conteúdo do marco teórico.

Nesta investigação, todo o conteúdo das entrevistas resultou na concepção de um texto, que foi lido inúmeras vezes com o objetivo de extrair os trechos e as frases de maior destaque — as mais significativas ante a vastidão do texto —, incluindo aquelas que, por diversas vezes, foram repetidas. O olhar, as crenças, os valores, as motivações e as ideias etc. contidas nas frases emanaram as unidades de significado que, por sua vez, foram estruturadas em subcategorias, consoante as similitudes ou as disparidades entre elas. Finalmente, as subcategorias obtidas foram convertidas

em categorias de análise que integram essa prática interpretativa (MORSE; FIELD, 1995).

Em um primeiro momento, foram destacadas três subcategorias principais, organizadas de maneira a melhor responder aos objetivos do estudo. Além disso, foram ressaltadas, em um segundo nível, mais nove subcategorias, sendo duas relacionadas à primeira, cinco relacionadas à segunda e duas relacionadas à terceira. Neste estudo, não fizemos, a *priori*, juízos de valor quanto às concepções manifestadas pelos participantes, mas buscamos compreendê-las como frutos do seu olhar frente a sua vivência da assistência farmacêutica.

### 3.6 ASPECTOS ÉTICOS

O presente projeto de pesquisa foi submetido à apreciação do CEP/SEMUS. Após a emissão do parecer favorável, foi submetido ao CEP/EMESCAM, através da Plataforma Brasil, e foi aprovado (ANEXO A e ANEXO B). Os participantes da pesquisa aceitaram voluntariamente participar do estudo, assinando o TCLE (APÊNDICE B).

## 4 RESULTADOS, ANÁLISE E DISCUSSÃO

*Centenas de bilhões de estrelas.  
Tantos astros que não podemos ver com nossos olhos nus.  
Tanto a ser explorado [...] WAD*

*Se procurar bem, você acaba / encontrando não a explicação / (duvidosa) da vida, mas a poesia / (Inexplicável) da vida. Carlos Drummond de Andrade*

Ao término da investigação, os dados obtidos na pesquisa de campo com os participantes do estudo, seguindo de modo livre o roteiro da entrevista, resultou na elaboração de um texto que foi submetido à análise. Paulatinamente, foram construídos os resultados e a discussão. Nessa fase introdutória, será apresentado o perfil dos participantes do presente estudo e, no momento seguinte, a análise das representações dos sujeitos, norteada pelas questões basilares da pesquisa.

### 4.1 O PERFIL DOS PARTICIPANTES

O quadro a seguir apresenta o perfil dos participantes desta pesquisa.

Quadro 5 – Perfil dos participantes do estudo

Participante	Sexo	Idade (anos)	Tempo de formado (anos)	Tempo de Serviço (anos)	Latu sensu (nº)	Stricto Sensu Mestrado (nº)
F. 1	♀	33	11	9	3	1
F. 2	♀	36	13	9	1	-
F. 3	♀	35	9	8	2	-
F. 4	♂	37	12	4	2	-
F. 5	♂	41	16	4	3	-
F. 6	♀	35	13	3	2	-
F. 7	♀	35	13	9	3	-
F. 8	♀	53	30	12	3	-
F. 9	♀	53	23	16	2	-
F.10	♂	37	6	1	2	-
F.11	♀	45	21	6	3	-
F.12	♂	30	09	4	1	-

Fonte: Elaboração do autor (2017).

F. = farmacêutico (a)

♀ = feminino

♂ = masculino

Observa-se que oito são do sexo feminino e quatro, do sexo masculino. Quanto à faixa etária, possuem entre 30 e 53 anos. A maior parte deles são egressos de instituições

públicas federais (6/12) e estaduais (3/12), apenas três são egressos de instituições particulares. Têm entre 6 e 30 anos de formados. Registra-se, ainda, que até o momento da pesquisa possuíam entre 1 e 16 anos de serviço na AB de Vitória. Cabe destacar que todos os entrevistados mencionaram serem pós-graduados, sendo a mais referida em suas falas a pós-graduação *latu sensu*, prevista no Art. 44, III, Lei nº 9.394, 20 de dezembro de 1996 (BRASIL, 1996), e apenas um dos entrevistados relatou possuir formação *stricto sensu* (Mestrado). Sobreleva notar a formação diferenciada dos sujeitos, talvez pela exigência do desempenho pleno de suas atividades no sistema público de saúde. Ante o exposto, é importante evidenciar que a maior parte dessas especializações foram ofertadas e cursadas em instituições públicas de ensino, o que demonstra o investimento na qualificação dos recursos humanos para melhor ofertar o cuidado à saúde.

Esponaneamente, uma considerável parcela dos entrevistados declarou ser especialista em assistência farmacêutica, farmacologia, estratégia da saúde da família etc., além de possuir até três títulos de especialista em áreas afins. Parece-nos plausível afirmar que há potencialidade para a implantação do serviço de clínica farmacêutica no Município. Além disso, como visto, a maior parte dos entrevistados é do sexo feminino; a esse respeito, França Filho e outros (2008) veem relação com o fato de os profissionais farmacêuticos do sexo masculino estarem em maior proporção no setor privado, onde, frequentemente, são proprietários dos estabelecimentos farmacêuticos de saúde. A seguir, se fará a apresentação dos temas oriundos das entrevistas.

#### 4.2 O DESAFIO DO CUIDADO FARMACÊUTICO INTEGRAL NA ABS

A atenção primária à saúde é a principal área de trabalho farmacêutico no país. (CORRER; OTUKI, 2013). Tanto no serviço público, quando no privado, as atividades farmacêuticas correspondem às ações do processo de trabalho. No plano institucional ou pela sociedade, o conjunto dessas atividades é identificado como serviços. Os serviços técnico-gerenciais, por exemplo a programação, a solicitação e o armazenamento/o descarte dos medicamentos, caracterizam-se por ser um conjunto de atividades de natureza técnica específica, como também os serviços farmacêuticos

técnicos-assistenciais, também denominados serviços clínicos farmacêuticos (dispensação, orientação, consulta, conciliação terapêutica, revisão da farmacoterapia, seguimento farmacoterapêutico, ações de educação em saúde e suporte técnico para a equipe de saúde) (CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2013a; BRASIL, 2009).

Na prática farmacêutica comunitária, as atividades se dividem entre assistenciais e clínicas, gerenciais e administrativas. Em relação às farmácias comunitárias, a principal necessidade da sociedade é o acesso aos medicamentos em condições apropriadas, em conformidade com a legislação em vigor. No entanto, essa não é a única responsabilidade das farmácias, pois, conquanto a terapia medicamentosa seja a intervenção mais frequentemente utilizada, é indispensável uma atenção que assegure o gerenciamento integral da farmacoterapia prescrita.

Quando perguntado aos entrevistados como veem a sua participação no cuidado à saúde dos usuários do SUS, afirmaram estar incluídos no processo e destacaram a sua importância devido às ações de caráter assistencial, destacando, sobretudo, as atividades de orientação farmacêutica e promoção da adesão ao tratamento farmacológico prescrito, para obtenção de melhores resultados em saúde e, conseqüentemente, melhor qualidade de vida. Pouco se ativeram àquelas ligadas ao gerenciamento dos medicamentos (logística), apesar de frisarem que dedicam uma significativa parcela do tempo a essas atividades.

Eu me vejo completamente prestando a assistência ao usuário [...]. [...] porque eu não faço só a parte gerencial, eu faço a parte assistencial também (Farmacêutico 1).

Importante no sentido de orientação. Eu acho que é essencial a gente na unidade de saúde estar orientando o paciente quanto ao uso da medicação, orientação de reação, essas coisas, eu acho essencial. Imprescindível na verdade, o cuidado como um todo [...] (Farmacêutica 6).

[...] tem uma importância né, no cuidado né, da medicação, na orientação, na adesão ao tratamento e estar supervisionando de uma forma geral o uso do medicamento né, eu acho que o farmacêutico tem essa função de estar contribuindo nesse sentido, de adesão ao tratamento (Farmacêutica 9).

Eu me preocupo... a gente tenta fazer um serviço de assistência e de atenção a esse paciente, de melhora de adesão, de diminuição de efeitos adversos, de diminuição dos problemas relacionados a medicação (Farmacêutico 3).

É muito importante na orientação. [...] do uso correto dos medicamentos, o uso racional. [...] a farmácia é muito importante para garantir esse tratamento,

cumprir esse tratamento. Tem uma parte do dia que a gente fica nessa questão de gerenciamento, que é uma coisa que metade do nosso tempo a gente fica nisso [...] (Farmacêutico 4).

Outros participantes foram além, ao reportaram, em suas falas, a importância do trabalho em sintonia com a equipe, para a garantia de uma assistência farmacêutica pautada no gerenciamento integral da farmacologia prescrita.

Importante né! Orientar os pacientes. Eu tento me inteirar com a equipe, com as equipes né, e tento dar uma boa assistência para os pacientes. Eu faço muito atendimento, de receituário, tiro dúvidas (Farmacêutica 11).

Ela é intensa, ela contribui para a melhoria da qualidade de vida dos usuários dentro da estratégia da saúde da família, porque aqui na unidade de saúde eu sou responsável pela gestão do tratamento medicamentoso desses usuários do sistema de saúde (Farmacêutico 5).

Tradicionalmente, a prática farmacêutica comunitária está centrada na dispensação de medicamentos, atividade que também requer habilidades clínicas para a correta avaliação da prescrição medicamentosa, bem como para a orientação quanto à administração e à elucidação de dúvidas sobre os objetivos do tratamento farmacológico; não se limita a uma mera entrega e não deve ser vista como tal, pois falhas nessa etapa resultam em pacientes despreparados e ainda mais expostos aos riscos dos medicamentos (CORRER; OTUKI, 2013).

Um dos participantes reconheceu ver-se incluído no processo de cuidado, mas relatou que suas principais atividades estão centradas na logística.

Absolutamente, sem dúvida [...]. As principais são as atividades burocráticas que é controle de estoque, o registro de controlado, a gente faz a conferência diária dos controlados, orientação e auxílio aos assistentes de farmácia, a dispensação, então eu fico mais por conta das atividades burocráticas, pedidos, balanço e pedidos mensais, então essas atividades elas ainda estão muito presentes, elas ainda demandam muito tempo (Farmacêutico 10).

Acerca do processo de trabalho e do equilíbrio na execução entre as atividades gerenciais e assistenciais, umas das entrevistadas destacou que isso é possível graças ao auxílio dos assistentes.

[...] tem os assistentes... técnicos né, que ficam dispensando as medicações, e a gente fica responsável pela dispensação, dando suporte o tempo todo ali também, mas a gente não precisa ficar de fato, só dispensando, a gente consegue por causa dos técnicos dividir o nosso tempo (Farmacêutica 1).

Entretanto, quando há imprevistos, o equilíbrio e a integralidade das ações são comprometidas e o farmacêutico se vê obrigado a deixar as ações clínicas em um segundo plano.

Então às vezes por causa de um processo de trabalho... de problemas no processo de trabalho, às vezes por falta, por férias ou por algum problema de contrato de assistente, que acaba e não é repostado, a gente acaba tendo que abrir mão da parte assistencial e ficar na parte gerencial e restringir na verdade parte assistencial só a dispensação (Farmacêutica 1).

Em relação a esse aspecto, um dos entrevistados descreveu, em seu discurso, que se sente subutilizado no processo de cuidado, em virtude da conjuntura, marcada pelo constante desequilíbrio e pela inadequação do quantitativo de recursos humanos. Essa situação gera sentimento de frustração e impotência frente às adversidades impostas pela realidade, pois, em virtude desse contexto, o processo de trabalho na farmácia é comprometido e, diante disso, a despeito de haver a intenção e a cobrança de sua participação nas reuniões e ações da unidade, ele se vê forçado a limitar-se quase que unicamente à dispensação farmacêutica, comprometendo o atributo integralidade, ao produzir um cuidado fragmentado e desigual.

Eu me sinto assim no geral subutilizado, porque a gente trabalha no limite, a gente tem [...] só um assistente. Porque é o seguinte aqui a gente fica muito preso e [...] restrito a dispensação, não porque a gente quer, mas porque o sistema nos obriga né. A farmácia é um ponto crucial da unidade, é um ponto chave, então são vários médicos e enfermeiros atendendo, e todo mundo vem pra farmácia, porta aberta. Então a gente nunca tem número de funcionários adequado, nunca estamos em quantidade adequada de pessoas, e a gente fica muito preso na dispensação mesmo, e eu ainda consigo fazer algumas coisas em parceria com as equipes de saúde, mas tenho que me desdobrar [...]. A intensão dos outros profissionais de incluir, de que eu participe, é nítida, a questão mesmo é que eu não consigo participar, então eu acabo ficando subutilizado na farmácia. Eu não consigo, por exemplo, sair e participar de uma reunião do NASF que dura quatro horas o tempo todo, muitas vezes eu não consigo ir porque a farmácia está “bombando” (Farmacêutico 12).

Nesse aspecto, Araújo e Freitas (2006) ressaltam que, comumente, em virtude do elevado fluxo de usuários, acrescido da escassez de recursos humanos, o atendimento clínico é sacrificado em prol do processo de gestão. A efetivação da integralidade no âmbito da AB requer, entre outras coisas, estruturas físicas, gerenciais, políticas, institucionais, insumos e compatibilidade de recursos humanos. A ausência parcial ou total de qualquer um desses elementos compromete

sobremaneira a integralidade nas práticas de cuidado e resulta em um cuidado parcelar (DINIZ et al., 2016).

Em ressalva, uma das entrevistadas ainda salienta que a entrega do medicamento, denominada dispensação farmacêutica (orientação e educação), é parte fundamental do processo, mas esclarece que o cuidado não se limita unicamente a essa etapa, pois há casos em que a demanda requer que o farmacêutico assuma a responsabilidade de atender às necessidades farmacoterapêuticas do sujeito.

Não que ela não seja importante, a dispensação é superimportante! Mas às vezes o paciente precisa, demanda de um cuidado um pouco mais de perto, de uma consulta farmacêutica, de um acompanhamento farmacoterapêutico e quando os problemas no processo de trabalho aparecem, a primeira coisa cortada da nossa agenda é a consulta né, porque a gente é desviada para a dispensação. A dispensação é uma parte assistencial, mas ela é o início, é o primeiro contato, é importantíssima, mas ela não dá suporte para os pacientes que mais precisam (Farmacêutica 1).

Sobre a importância da dispensação de medicamentos e itens de interesse para a saúde, Santos e Nascimento (2015) assinalam que, no SUS, a dispensação é parte indissociável da assistência terapêutica integral, conforme a Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011. Destarte, para serem aviadas, as prescrições devem estar em total conformidade com as diretrizes terapêuticas, definidas em protocolos clínicos.

Ainda no que tange à pergunta norteadora, uma participante, em seu discurso, admitiu ver sua participação como um “aditivo”. Em contrapartida, disse que a essência do seu papel na Atenção Básica se expressa na necessidade do paciente em relação a sua farmacoterapia, indo além, ao pontuar que o ambiente em que está inserida contribui para uma relação terapêutica frutífera.

Eu vejo mais como um aditivo [...]. Dentro da minha função, e parte técnica, eu acho que eu contribuo com a atenção farmacêutica [...], pois, ali na farmácia, a gente tem condição de receber o paciente com outras posturas [...] (Farmacêutica 2).

No transcorrer da entrevista, outros entrevistados também teceram comentários sobre a sua satisfação a respeito de suas atividades no cuidado à saúde, sobressaindo em suas falas um sentimento de desagrado, semelhante ao da Farmacêutica 2, mas que, em alguns momentos, se contrastava quando comparavam a situação atual da

assistência farmacêutica de Vitória com outras localidades. No entanto, segundo eles, ainda há uma evidente necessidade de melhorias.

Eu acho que tem muito o que melhorar [...] satisfeita eu não tô... a gente chegou num nível muito bom aqui, por esforço pessoal, e por esforço da gerência também. Só que eu acho que pra gente conseguir fazer a assistência de uma forma que [...] eu consiga ficar só no consultório, demandando mais essa assistência eu precisaria de dois farmacêuticos (Farmacêutica 1).

A gente precisaria de ter uma estrutura melhor organizada, com relação ao quantitativo de RH e estrutura [...], eu acho que todas as unidades no geral é disso, mas no mais eu acho que a prefeitura de Vitória esteja talvez no melhor caminho em relação à assistência farmacêutica (Farmacêutica 6).

Hoje eu te falo a verdade, eu já estou meio que saturada [...] as coisas vão ficando muito massificantes, muito... pelo tempo de serviço, às vezes eu fico saturada [...] (Farmacêutica 9).

No momento não, eu estou com essa questão de trabalho meio que no limite, isso me incomoda um pouco. Trabalhar só eu e um assistente, [...] é complicadíssimo, a gente trabalha no limite. Eu consigo fazer algumas coisas, mas eu consigo assim, saindo e voltando, porque é uma correria, não tem uma parada pra raciocinar e estudar a situação direito (Farmacêutico 12).

Pra min é um desafio ainda, apesar da prefeitura ter uma estrutura, a gente ter acesso a prontuário eletrônico [...]. Porque a gente ainda esbarra em algumas questões burocráticas, falta de alguns protocolos e isso é um empecilho, então eu vejo como um desafio, mas ainda assim como uma perspectiva positiva, a partir do que eu venho desenvolvendo aqui nesse período (Farmacêutico 10).

Por outro lado, deve-se atentar que, apesar dos dissabores, há aqueles que por esforço pessoal conseguem, aos “trancos e barrancos”, prover o serviço de clínica farmacêutica. Pelo que consta, há problemas políticos e gerenciais, expressos pela insuficiência e pela inadequação de recursos humanos e de estrutura física que, somados ou não, comprometem a articulação das ações, entre elas a integralidade.

#### **4.2.1 O conhecimento sobre a Atenção Farmacêutica e a sua oferta**

Primeiramente, cumpre esclarecer que, nesse ponto, o objetivo dessa arguição efluíu do interesse em conhecer as proporções do domínio sobre o tema e como elas repercutem no processo de cuidado ao paciente. Todos os entrevistados afirmaram conhecer o termo “Atenção Farmacêutica”, entretanto uma parcela admitiu, em suas falas, que o seu conhecimento sobre questão não foi adquirido na graduação.

Olha, na época que eu estudei não era voltado pra isso não. Tinha farmácia escola que a gente fazia estágio, mas não era com esse enfoque de hoje, depois que foi voltando mais pra esse lado, depois que eu já era formada (Farmacêutica 11).

Não. Na minha época não (Farmacêutica 8).

Não! Atenção? Não, nada, não tive isso (Farmacêutica 3).

[...] foi mais nas pós-graduações que eu fiz que foi de maneira mais completa (Farmacêutico 4).

Por outro lado, houve aqueles que destacaram ter o assunto sido ensinado e discutido durante sua graduação, porém de maneira muito superficial.

De uma forma muito incipiente, eu vim a ter contato com a AF na verdade nos estágios que eu fiz [...]. Já se falava. [...] o ensino da atenção ele era muito incipiente ainda, na verdade ele se iniciava ainda praticamente (Farmacêutico 5).

A gente teve atenção farmacêutica. Mas muito pouco, foi incipiente. Porque na verdade quando eu fiz o foco era mais ciclos de assistência farmacêutica tipo: aquisição e estudo da interação medicamentosa, mas não tinha muita ênfase de atenção farmacêutica. Na verdade, a gente não tinha uma disciplina de atenção farmacêutica (Farmacêutica 9).

Foi feita de maneira muito incipiente [...] a formação foi muito tecnicista. Eu já conhecia porque eu tive três matérias na faculdade, mas não era muito aprofundada. Foi mais depois de me formar (Farmacêutico 4).

Apenas duas entrevistadas afirmaram ter cursado disciplinas específicas sobre o tema no período da graduação.

Sim. Eu tive em Assistência Farmacêutica mesmo. Eu tive porque minha grade é antiga, eu tive duas assistências farmacêuticas, e tive Atenção de optativa, eu tive específica (Farmacêutica 7).

Sim, através de uma disciplina de Atenção Farmacêutica na grade curricular (Farmacêutica 2).

Em sequência à noção sobre a importância de conhecer o tema, os entrevistados, espontaneamente ou após arguição, reportam a oferta de capacitações por parte da SEMUS. Em especial, destacaram uma capacitação em Seguimento Farmacoterapêutico, a única especificamente voltada à farmácia clínica ministrada até então.

A gente teve um curso grande em seguimento, eu fiz, era obrigatório. Foi em 2014 (Farmacêutico 7).

Investe sim, a gente tem uma escola de... a escola técnica do SUS, a ETSUS ela sempre tem capacitação pra quem trabalha na rede (Farmacêutico 10).

Eles capacitaram a gente, eu fiz (Farmacêutico 12).

Nós fizemos até uma capacitação muito boa, há uns dois anos atrás mais ou menos, que foi quando a gente teve até o assunto Atenção Farmacêutica, gestão, farmacoterapêutica, racionalização, otimização. Nós tivemos esses assuntos colocados assim de uma forma mais intensa pra nós, há mais ou menos dois anos né. De lá pra cá, capacitações nesse sentido nós não fizemos, não capacitações que tenham sido proporcionadas pela prefeitura, a última mesmo foi essa que eu te falei (Farmacêutico 5).

Investiram uma vez, num curso há dois anos atrás (Farmacêutico 4).

Não nesse sentido de atenção farmacêutica não. Cursos de forma geral, capacitação em saúde pública, de sífilis, da parte de doenças, notificação compulsória, porque às vezes aparece uma atualização, na parte do NASF (Farmacêutico 12).

A prefeitura começou a dar um curso de... eu comecei a fazer, mas não consegui terminar, foi de seguimento farmacoterapêutico. [...] Teve esse curso só! Só esse curso de seguimento e mais nada (Farmacêutica 3).

Não especificamente em Atenção Farmacêutica. O último curso relacionado a isso foi o seguimento farmacoterapêutico que ele engloba isso e toda a assistência farmacêutica e a atenção [...]. Foi um curso longo, de alguns meses que capacitou o farmacêutico nessa área clínica de atendimento. Onde você senta, marca um horário na agenda, o farmacêutico tem uma agenda pela rede, e aí ele vai dar essa atenção formal para o paciente, uma consulta mesmo, existe um relatório, existe uma ficha, faz os registros na rede e isso vai ficar visível no prontuário, o médico vai ter acesso. Se eu fizer um registro de um atendimento que eu fizer com você que eu identificar alguma coisa que eu preciso dar uma atenção pra você na parte técnica farmacêutica, eu vou fazer um registro dessa consulta e isso vai constar no seu prontuário. Quando o médico for te atender em uma outra oportunidade, ele vai ver (Farmacêutica 2).

A capacitação em questão foi ofertada aos farmacêuticos lotados na SEMUS e com atuação na rede de serviços da rede pública municipal de Vitória, entre os meses de julho e outubro de 2014, por intermédio da Escola Técnica e Formação Profissional de Saúde (ETSUS-Vitória). A escola dispunha de 60 vagas e abordou estratégias sistemáticas para identificação, prevenção e resolução de RNM, dando maior ênfase no atendimento às seguintes situações clínicas: diabetes, geriatria, hipertensão arterial e saúde mental. A carga horária do curso teve o total de 136 horas, sendo 100 horas presenciais e as demais horas (36 horas) em serviço (ESCOLA TÉCNICA E FORMAÇÃO PROFISSIONAL DE SAÚDE, 2014). A “[...] implantação do seguimento farmacoterapêutico na rede de serviços da Secretaria de Saúde de Vitória [...]” (ESCOLA TÉCNICA E FORMAÇÃO PROFISSIONAL DE SAÚDE, 2014, p. 20), na perspectiva de um “[...] modelo de prática de acompanhamento terapêutico,

estabelecido em equipe multiprofissional, para os usuários da rede municipal de saúde [...]” (VITÓRIA, 2014) era o objetivo da capacitação.

A partir dessas informações, os entrevistados foram questionados se, após essa capacitação, deu-se início à implantação dos serviços de clínica farmacêutica.

[...] ninguém teve condições de implantar, nem o sistema implantou pra ficar no prontuário eletrônico bonitinho que aí dificulta muito, mas a maioria dos farmacêuticos que estão aí foram capacitados sim (Farmacêutico 7).

[...] foi da iniciativa da prefeitura de fazer essa capacitação, né, do curso, mas por outro lado a gente depende de infraestrutura, pra que isso aconteça. Não adianta eu capacitar você e não te dar um espaço para que isso aconteça. [...] eu não consigo, porque aqui não tem estrutura. Eu não tenho sala, e as salas que a unidade tem já estão ocupadas pelos outros profissionais (Farmacêutica 2).

Eu entendo assim que ela ofereceu esse curso e ela está esperando o resultado, é isso que eu vejo (Farmacêutica 8).

Considerando o que foi anteriormente reportado, perguntamos aos sujeitos participantes se, no momento, sentiam-se aptos ao exercício dos serviços de clínica farmacêutica. Eles veem a necessidade de continuidade do processo de qualificação para maior domínio, amadurecimento e fortalecimento da prática, em virtude das inadequações e limitações de suas grades curriculares.

Eu acho que tem que ter mais, mesmo porque, como assim, não é algo corriqueiro vamos dizer assim pode ser que seja um assunto entre os farmacêuticos mais novos que entraram posteriormente, mas assim teria que ter mais domínio (Farmacêutica 8).

[...] eu fiz mas não me senti capacitada para implantar aqui e não faço (Farmacêutica 9).

Acho importantíssimo, precisa ter (Farmacêutico 5).

Olha a minha formação não foi muito boa na parte clínica, mas assim no dia a dia de estudos de trabalho, e com bastante tempo trabalhando em uma unidade de saúde, eu tive que me esforçar um pouco mais nessa parte clínica, então eu acredito que hoje sim, eu consigo desempenhar (Farmacêutico 12).

Em relação à apreensão do conceito do termo “Atenção Farmacêutica”, houve diversidade de compreensão. Quase sempre, referiam ao termo como um conjunto de atividades clínicas (educação em saúde; dispensação; orientação; pactuação de metas; acompanhamento farmacoterapêutico, entre outras) “[...] que se integram em uma mesma filosofia de prática [...]” (CORRER; OTUKI, 2013, p. 226) voltada ao paciente, em um maior comprometimento do farmacêutico com a terapia

farmacológica prescrita, sob um olhar mais humanista, diferenciando-a da Assistência Farmacêutica.

É um dos ramos da assistência farmacêutica. A assistência é uma questão mais ampla. A atenção está dentro da assistência farmacêutica. A atenção seria mais a questão de você abordar o paciente, fazer um acompanhamento, um acompanhamento farmacoterapêutico, o monitoramento do paciente [...] (Farmacêutico 4).

É um processo que o profissional se responsabiliza pelo medicamento em relação ao usuário, é definido com eles algumas metas a serem atingidas com relação a sua evolução terapêutica e isso tem como objetivo principal a melhoria de qualidade de vida do usuário (Farmacêutico 5).

Pra mim, seria você estar acompanhando o paciente, tentando conciliar a sua medicação de acordo com o seu problema para evitar os danos né, interações, e pra você ter um melhor resultado do tratamento (Farmacêutica 9).

É tratar o paciente com diferencial com relação à indicação terapêutica, reações adversas, acompanhamento com relação ao retorno dele, se ele está tomando a medicação na quantidade prescrita corretamente, se ele está tendo alguma reação adversa e comunicar ao médico, caso isso seja visualizado, seria isso. Atendimento individualizado do paciente, olhando as reações ao medicamento, a forma de usar, se ele não está tendo nenhum um tipo de reação à medicação (Farmacêutica 6).

Eu acho que engloba toda essa parte do farmacêutico na atenção à saúde diretamente do usuário, é o acompanhamento, o seguimento farmacoterapêutico, a consulta, eu acho que engloba toda essa parte mais clínica do farmacêutico (Farmacêutica 7).

Os participantes também definiram a atenção farmacêutica enfocando, em específico, outros princípios a serem seguidos para a prática, como a responsabilidade do farmacêutico em assegurar que o paciente disponha de todos os dispositivos, os conhecimentos e as informações necessárias para dar prosseguimento com o tratamento farmacológico prescrito. Para eles, cabe ao farmacêutico revisar, monitor e modificar o plano terapêutico, tornando-o o mais apropriado à realidade do sujeito, sempre em acordo com o paciente e a equipe de saúde.

Complexo, é o atendimento. Ele envolve o farmacêutico na atenção farmacêutica, tanto o recebimento do paciente e todas as questões que envolvem mesmo o atendimento, a entrega da medicação, as orientações, se ele tem alguma dúvida, se ele vai conseguir administrar aquelas medicações dentro do grau de entendimento que aqui tem uma população muito carente e muitos analfabetos ainda, então a gente consegue entender que aquele paciente se eu simplesmente entrego as medicações ele não vai conseguir tomar daquela forma que estava escrito na receita, então **a gente bola estratégias** para ele, dentro do atendimento dele e a gente atender o paciente dessa forma (Farmacêutica 2, grifo nosso).

[...] basicamente o **acompanhamento** do paciente, desde o momento que ele chega com a prescrição, você vai dispensar, você vai passar as orientações, as **orientações de administração, as orientações de uso**, aí ele volta, você acompanha **efeitos adversos, efeitos benéficos**, se a medicação está funcionando ou não, se está prejudicando, se está favorecendo, **retorno ao médico** é tudo isso aí (Farmacêutico 12, grifo nosso).

É um conjunto de coisas né, é a questão do atendimento, de **esclarecer** o paciente, tentar **tirar as dúvidas** tanto do receituário se tiver, às vezes tem que **fazer algum contato com o médico** quando a receita gera alguma dúvida, tentar atender o receituário da melhor maneira possível né, que fique claro o que que está sendo prescrito e o que o paciente tem que levar, como ele tem que administrar (Farmacêutica 11, grifo nosso).

A atenção farmacêutica pode estar relacionada com a intervenção do farmacêutico no cuidado com o paciente, ela pode abranger desde uma orientação em relação ao uso da medicação, interação medicamentosa, **até um diálogo com toda a equipe de saúde, perpassa esse caminho** (Farmacêutico 10, grifo nosso).

Na prática, a incorporação da filosofia da atenção farmacêutica guia-se pelas necessidades apresentadas pelos pacientes, bem como pelos tipos de PRM proeminentes (CORRER; OTUKI, 2013). Parafraseando Viegas (2010), estamos subordinados à fixação de parâmetros absolutos, fundamentados em regras, normas e conceitos que, em tese, visam nos orientar no espaço em que vivemos. No entanto, essa fixação em conceitos ignora e vê com desprezo a experiência do cotidiano que, por sua vez, está adornada de múltiplos valores, assuntos e saberes humanos que contemplam a diversidade que não cabe no termo “Atenção Farmacêutica”. A dificuldade de expressar o significado do termo em questão aponta para a necessidade de investir em capacitações efetivas, capazes de aprimorar e dar sintonia entre o discurso e a prática. Por outro lado, não basta apenas idealizar a AF, é preciso saber fazê-la acontecer.

Enfim, a partir dessas concepções, inicialmente poder-se-á sugerir que o conteúdo do discurso reflete as representações dos sujeitos sobre o seu próprio processo de trabalho. Para tanto, foram feitas aos entrevistados perguntas relativas à oferta da Atenção Farmacêutica. A maioria dos entrevistados afirmou ofertar a atenção farmacêutica, mas não na sua plenitude, conforme é preconizada, e apontaram, como causa, as limitações de tempo, infraestrutura, recursos físicos, materiais e humanos.

Não na sua totalidade. Porque nós ainda não temos assim, alguns métodos propriamente definidos para execução dela dentro da estrutura da gestão da assistência farmacêutica na secretaria de saúde, mas nós fazemos em função das informações que são disponibilizadas para nós, dos prontuários dos usuários, do uso de medicamentos, das prescrições médicas, em cima

disso nós fazemos algumas intervenções nesse tratamento farmacológico do usuário (Farmacêutico 5).

Igual aquele método lá do Dáder não, eu faço de acordo com a minha realidade. [...] Não, formal assim não, geralmente eu faço lá mesmo (no balcão). Eu estou pronta, assim, estou como é que diz... disponível se alguém precisar, eu vou fazer esse acompanhamento (Farmacêutica 9).

[...] A gente não segue um protocolo de atenção farmacêutica. Quando necessário. Dentro da minha realidade, no caso identificado por nós, ou por outro profissional que é encaminhado diretamente pra gente. [...] porque a gente infelizmente não tem estrutura adequada pra isso, então por exemplo eu não acesso ao prontuário de paciente pra colocar o que eu estou fazendo, mas eu consigo inserir na dispensação os dados. Então é feito ali na frente [...] no balcão, aqui a gente não tem estrutura para isso... [...] não é o lugar mais adequado, mas é a possibilidade que a gente tem dentro da farmácia na unidade de saúde. [...] Quando a gente identifica algum paciente que tem alguma dificuldade de uso adequado da medicação, a gente já pega e aí eu faço aqui se tiver possibilidades, senão eu encaminho para o enfermeiro junto com o médico pra gente tá traçando alguma forma de cuidado (Farmacêutica 6).

Eu acho que eu faço uma parte da atenção farmacêutica, mas não na sua plenitude, e não todos os dias. [...] para eu poder fazer atenção farmacêutica e olhar os problemas relacionados aos medicamentos de um grupo de pacientes, eu vejo assim, que isso demandaria estudo, demanda eu pegar o prontuário de cada paciente, olhar, analisar, estudar. Isso demanda tempo que é o que eu não tenho (Farmacêutica 8).

Aqui a gente consegue fazer aquilo que a gente tem capacidade de fazer. É um atendimento individualizado, só mesmo pra orientações farmacoterapêuticas, você não consegue fazer [...] aquele seguimento, muitas vezes a gente tenta [...]. Por falta da capacidade nossa, de... vamos dizer, por falta de ter tempo, horário e agenda para marcar o paciente e pelo próprio paciente [...] não ter tanto empenho (Farmacêutico 12).

Sim, às vezes o médico identifica a necessidade de algum paciente e encaminha para agendar porque eu tenho uma agenda, ou os próprios assistentes ou eu identifico esse paciente, dificuldade desse paciente, e aí a gente inclui ele no cuidado (Farmacêutica 3).

Em vista do exposto, cabe destacar que, apesar de não executarem um atendimento seguindo um modelo validado, registrando ou não as ações etc., é possível perceber que há um certo movimento de mudança, devido às nuances que desnudam uma possível transição, na medida em que demonstram certa empatia e preocupação de ter uma prática de cuidado verdadeiramente centrada no paciente, sempre que há uma oportunidade.

Porque na verdade, esse processo da AF no Município de Vitória, ele é um processo de certa forma recente, ele vem sendo raciocinado, pensado há um bom tempo, mas enquanto processo de estruturação disso ele é novo, ele ainda vem sendo realizado. Então, ah... se utilizarmos assim algum método mais específico, uma metodologia mais específica, por exemplo, você vai perceber que a gente não executa nenhuma, por exemplo se você vai

comparar o que é feito hoje no Município com o método Dáder, você vai perceber que não tem uma... o que é realizado hoje não segue uma metodologia dessa ou outra semelhante. Então você percebe claramente que há na verdade uma participação do próprio profissional no sentido de estudar aquilo que ocorre com o usuário e junto do usuário estabelecer algumas metas em relação ao tratamento farmacológico dele (Farmacêutico 5).

Apenas um dos entrevistados reconheceu não ofertar o serviço de clínica farmacêutica, conquanto estivesse lotado em uma unidade com infraestrutura adequada e contando com consultório farmacêutico, bem como um espaço amplo e humanizado na farmácia. Segundo ele, a razão de não ofertar é por não dispor de tempo suficiente, visto que na farmácia há uma incompatibilidade de RH, pois só possui um assistente. Conseqüentemente, devido à demanda de atendimentos, acrescida à enorme gama de tarefas gerenciais, se vê sobrecarregado, não dispondo de tempo para ofertar o serviço, apesar de ter interesse.

Não! Atenção farmacêutica não. Acompanhamento, monitoramento não. A gente faz orientação no momento da dispensação, só dispensação e forma de uso. [...] A questão muitas vezes, a questão de tempo [...], como é um farmacêutico só aqui eu nem sempre tenho tempo suficiente para fazer isso. [...] No momento não consigo por pouco funcionário, e por pouco tempo para fazer. A questão é mais recursos humanos. [...] faltam recursos humanos, então eu não tenho tempo para desempenhar esse serviço, a questão é essa (Farmacêutico 4).

O entrevistado ainda acrescentou que, por dia, são atendidos por ele até cento e vinte pacientes (dispensação). Diante disso, foi questionado se em algum momento, em meio a esse quantitativo, não deparava com algum paciente que demandasse um atendimento clínico farmacêutico. Em resposta, reafirmou não ofertar, pois não segue um método clínico. No entanto, esclareceu buscar, sempre que necessário, a resolutividade ao problema.

[...] de acordo com métodos que existem, Dáder, Minnessota, eu não sigo, eu sigo de uma maneira da demanda que a gente tem, eu registro no prontuário, comunico algum profissional algum problema, mas não da maneira como é preconizado pelos métodos. Em alguns momentos a gente faz isso, mas no balcão, não em um... atendimento individualizado. Apesar que ali é até humanizado, você tem os guichês, a gente consegue... o paciente sentado, a gente sentada, consegue orientar e colocar alguma questão no prontuário, alguma orientação no prontuário para outros profissionais, mas o acompanhamento depois, o monitoramento desse paciente, a questão se ele está cumprindo o tratamento ou não, a gente faz muito no balcão, não é uma coisa registrada de fato (Farmacêutico 4).

De todos os entrevistados, apenas três demonstraram ofertar o serviço de clínica farmacêutica na sua completude. Destaca-se o relato de uma das entrevistadas, que

mencionou que o paciente é encaminhado para o atendimento clínico farmacêutico sempre que necessário. Quando é algo simples, é resolvido de imediato, mas quando o caso é complexo, é agendada uma consulta em uma data oportuna. Todo o processo é documentado manualmente e segue uma metodologia adaptada à realidade do local. Hipertensos e diabéticos são os grupos que mais demandam o serviço. Por semana são agendados e atendidos de dois a dez pacientes (consultas e retornos), chegando até trinta atendimentos clínicos por mês. No que se refere à dispensação, varia entre duzentos e duzentos e cinquenta atendimentos. O elevado número de atendimentos pode estar associado ao número de habitantes do território, na casa das onze mil pessoas.

Olha, a gente tem sala [...], eu tenho agenda, eu tenho consulta agendada, eu tenho paciente de retorno, tem gente que não entra no seguimento que é aquela que eu dou uma orientação mais pontual, um acompanhamento, se ela usa um Pictograma a pessoa já consegue se resolver dali. Então você faz a primeira consulta de avaliação, eu não sigo aquele modelo do Dáder não, porque o dele você primeiro recebe o paciente, faz um estudo e se marca um retorno e aí você intervém. Aqui não, eu estou na frente do paciente, eu se eu já pego um erro eu já intervenho na hora, não tem necessidade de eu pedir pra voltar. Alguns pacientes que tomam muitos medicamentos que eu preciso dedicar um tempo maior, aí eu marco um retorno. Normalmente eu vejo paciente a cada dois meses, esses que entram pra parte de seguimento, os outros não, aí depende. Eu faço acompanhamento mais de diabéticos, hipertensos e portadores de algum transtorno mental. Aí eu sigo esses pacientes que entram para seguimento, aí eu faço essa parte mais estruturada, não coloco no prontuário porque ainda não tenho essas ferramentas, eu faço tudo manual e arquivo, porque a prefeitura está estudando colocar os formulários de conhecimento da doença, de conhecimento dos medicamentos, a parte da pactuação de metas, tudo aqui no prontuário eletrônico, ainda não tem. Eu não tenho condição de fazer o atendimento e depois registrar tudo isso. Então eu tenho registro, mas o registro eu coloco ali, só o que me chama a atenção, o que que o colega precisa saber para atender, porque senão eu gasto mais de uma hora pra fazer tudo e para ter o registro. O futuro da prefeitura é colocar essas tabelas aqui porque aí fica mais rápido, mas hoje eu faço nesse modelo adaptado, só que o registro ele fica normalmente para o meu registro, para o meu acompanhamento [...]. Para um outro farmacêutico pegar, eu vou ter que dar os meus registros porque eu não consegui colocar ainda, porque aí gasta muito tempo. A consulta, se você for pegar a consulta pelo método Dáder adaptado, a gente gasta no mínimo quarenta minutos, ainda mais se for paciente primeira vez, o retorno é mais tranquilo, mas paciente pela primeira vez gasta muito tempo, porque pra eu digitar tudo eu gastaria mais tempo ainda. Mas o resto a gente faz tudo assim, a maioria. Ou a demanda é uma demanda nossa, do atendimento, ou é uma demanda da equipe. Eu não deixo agenda aberta para o paciente marcar lá não, porque senão ele vai marcar e eu não vou ter como atender. Quando é só uma consulta é mais simples, você registra só a intervenção, o que que você fez, o que que você combinou com o paciente, é mais tranquilo, aí dá pra registrar tudo (Farmacêutica 7).

As atividades clínicas farmacêuticas, para serem implantadas e executadas na sua plenitude, requerem uma base de sustentação forte, alicerçada por apoio do corpo administrativo e gerencial; por farmácias bem estruturadas, no que tange à estrutura física, sistema informatizado e estoque; por recursos humanos compatíveis; por programas de educação continuada etc. (BORGES FILHO, FERRACINI, ALMEIDA, 2014). A inadequação do quantitativo de recursos humanos frente à demanda foi mencionada, por todos os entrevistados, como sendo o principal fator limitante para a oferta do atendimento clínico farmacêutico.

A quantidade de pessoas, a quantidade de farmacêuticos e de assistentes não permite que a atenção farmacêutica seja de excelência, e seja feita ininterruptamente, a gente começa a fazer porque a gente quer fazer, porque vê que vai dar certo, por coração mesmo, por vocação, porque você quer ver dar certo, mas isso é atropelado pelo dia a dia (Farmacêutica 1).

Eu não tenho condição nenhuma, tem dias que eu não tenho condição nenhuma de beber uma água de tanto que é o volume de atendimento (Farmacêutica 2).

Eu tenho um assistente de farmácia e nesse momento ele está de férias, então eu fico ao menos uns trinta dias no ano sozinho (Farmacêutico 5).

O RH é ruim pra todo mundo. [...] não é sempre que eu consigo fazer tudo, só que eu escolho o que que eu priorizo. O meu atendimento individual é prioridade, a reunião de equipe é prioridade. O RH deveria melhorar mais, devido à organização consegue fluir (Farmacêutica 7).

Pouquíssimas unidades contam com a presença de dois farmacêuticos, porém, segundo uma das entrevistadas, isso não faz muita diferença, pois trabalham em horários distintos e se encontram durante um curto período de tempo. Além disso, aponta que o ideal seria a presença de dois farmacêuticos durante o mesmo período. Em virtude dos longos anos de trabalho em equipe, a divisão do trabalho tornou-se resiliente.

Acaba que dando seis por meia dúzia, porque o horário de funcionamento é estendido, então acaba que são dois farmacêuticos mais... Contribui porque você divide a responsabilidade, só que assim, se fossem dois farmacêuticos juntos seria melhor, porque hoje são dois farmacêuticos e a gente quase não se vê. Nós temos a vantagem da gente trabalhar há muito tempo junto, então mesmo fora do horário de trabalho a gente conversa. Seria mais interessante dois farmacêuticos no mesmo horário, pra gente poder construir... Às vezes a gente se encontra uma hora por dia, não dá pra gente fazer nada, tipo assim, todas as reuniões de equipe são no meu horário, então sou eu que vou em todas as reuniões de equipe, a minha carga horária que é compatível com o NASF. Então eu que sou a farmacêutica do NASF, então acaba que assim, é muito colega. só que a gente não consegue desenvolver, tipo assim, a minha parte é a parte clínica e a sua parte é administrativa, não, acaba que

a gente faz as duas coisas em horários diferentes. [...] Ela de sete à uma e eu de meio dia às nove (Farmacêutica 7).

Não obstante concordar sobre a existência de incompatibilidades no que se refere ao quantitativo de recursos humanos, uma das participantes, com mais tempo de experiência de trabalho na AB, reportou que, em comparação com o cenário da época em que iniciou sua carreira no serviço público, deve-se reconhecer que houve avanços nesse sentido, graças à abertura de concursos para a contratação de mais farmacêuticos para cada farmácia, independentemente do porte, para que tivessem a presença de, no mínimo, um profissional; bem como a criação dos cargos de assistentes de farmácia que, até então, não existiam. No entanto, em ressalva, ainda vê a necessidade de mais melhorias.

[...] a gente evoluiu muito na questão de RH e na questão de estrutura física, embora algumas farmácias ainda não estejam muito adequadas, porque abriu cargos de assistentes de farmácia, antes não existiam, eram pessoas com desvio de função que trabalhavam na farmácia e hoje a gente conseguiu que todas as unidades tivessem pelo menos um farmacêutico, mesmo que seja uma farmácia de pequeno porte em termos de demanda de usuários, [...] hoje a gente consegue ter esse assistente, as farmácias são melhores estruturadas (Farmacêutica 9).

#### **4.2.2 O Cuidado presente no cotidiano: as principais atividades.**

A Assistência Farmacêutica no Brasil foi construída à sombra de um modelo hegemônico de saúde que supervaloriza o produto — o medicamento (insumo). Por consequência, os serviços farmacêuticos como um todo, ao longo da história, têm seguido essa tendência que, entre outras situações, negligencia as pessoas e suas necessidades (SANTOS, 2011; ROVER, 2016).

Esse enfoque unilateral impacta justamente os serviços promovidos, pois todas as atividades da Assistência Farmacêutica passam a ser organizadas com prioridade das questões burocráticas e logísticas, deixando em segundo plano o atendimento e o acompanhamento clínico farmacêutico (ARAÚJO; FREITAS, 2006; ROVER, 2016). Pela falta de autonomia e pelo aprisionamento burocrático, a qualidade do cuidado, por vezes, torna-se precária (ROVER, 2016). Deveras, a farmácia é a única, entre as profissões do campo da saúde, cujo acesso se refere, via de regra, comumente ao

produto — medicamento — e não ao atendimento profissional, como ocorre aos cuidados de enfermagem e à assistência médica etc. (SOARES, 2013).

Os participantes da pesquisa mencionaram as principais atividades praticadas e desenvolvidas por eles no cotidiano de seus trabalhos nas farmácias comunitárias do serviço público de Vitória. Afirmaram que o enfoque dos serviços farmacêuticos é dado principalmente ao produto, ou seja, às ações relacionadas ao modelo tradicional (logística, gerenciamento e dispensação de medicamentos).

O que eu mais faço é a dispensação [...] Atendimento de balcão, dispensação de medicação, controle de estoque, pedido, controle de validade das medicações, tudo isso está envolvido no controle de estoque, gerência da farmácia, porque os meninos estão meio que subordinados ao farmacêutico, eu que sou responsável pela farmácia, eu que coordeno [...] (Farmacêutica 3).

Eu acho que as principais são as atividades burocráticas que é o controle de estoque, o registro de controlado, a gente faz a conferência diária dos controlados, orientação e auxílio aos assistentes de farmácia, a dispensação que é a principal atividade, ainda é a dispensação, então eu fico mais por conta das atividades burocráticas, pedidos, balanço mensal, pedidos mensal, então essas atividades elas ainda estão muito presentes, elas ainda demandam muito tempo do farmacêutico (Farmacêutico 10).

Aqui a maior atividade que a gente faz é a dispensação, dispensação o dia todo, porque como eu te falei o RH é insuficiente pra quantidade de paciente, a farmacêutica praticamente só faz dispensação, fora isso solicitação de itens, de medicamento e alguns materiais médicos, solicitação de alguns leites quando é mandado judicial, validade e orientação com relação a assistente, alguma orientação com os médicos, toda essa relação quem faz é o farmacêutico, fica mesmo na parte de gerenciamento (Farmacêutica 6).

No entanto, as funções do ainda novo modelo de prática denominado Atenção Farmacêutica (Cuidado Farmacêutico) também foram citadas.

[...] bom... mais o quê? [...] depois disso a gente também faz o acompanhamento, tem paciente que a gente acompanha, tem paciente que a gente tá acompanhando semanalmente, tem paciente que a gente acompanha mês a mês (Farmacêutica 3).

Eu faço mais a parte burocrática, mas eu também desenvolvo a parte clínica [...] o acompanhamento do usuário no que toca ao uso de medicamentos, o fornecimento de informações para os profissionais de saúde em relação à terapia medicamentosa, em relação ao sucesso e insucesso dessa terapia, o fornecimento de informações para o próprio usuário no que toca ao seu tratamento farmacológico e na intervenção, em alguns casos mais específicos, quanto ao uso desses medicamentos, na unidade de saúde ou pelo próprio usuário (Farmacêutico 5).

A assistência farmacêutica deve ser entendida como parte da atenção à saúde, visto que é um componente essencialmente assistencial. Por isso, entendemos que sua

organização não deve ter como foco o medicamento e todo o aparato logístico necessário para sua oferta etc. Uma assistência farmacêutica integral deve estar articulada aos serviços de saúde, sendo muito mais que um apoio, mas parte indissociável do processo de cuidado ao paciente. A assistência farmacêutica precisa ser entendida como sendo uma atividade clínica e os esforços gerenciais para a sua organização devem ter como foco central de ação o paciente. Busca-se, dessa forma, a gestão clínica do medicamento, propiciando a eficiência do sistema (CORRER; OTUKI, 2013). No entanto, não é isso que vemos nas falas dos sujeitos. Houve uma predominância em mencionar a dispensação como sendo a principal atividade do farmacêutico. Em contrapartida, expressaram que o paciente é o objetivo dessas ações de trabalho. Em meio a essas contradições, vê-se uma certa consciência por parte dos sujeitos, no sentido de se situar como um profissional integrante do processo de cuidado à saúde. Embora de maneira assistemática, percebe-se que há uma redefinição do trabalho operacional das atividades farmacêuticas.

Em meio à gama de atividades variadas e singulares mencionadas pelos sujeitos, destacamos a participação desses profissionais nas equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) e os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Ora, o cuidado integral deve contemplar os matizes das necessidades biopsicossociais dos pacientes. Nessa perspectiva e sob a ótica da interdisciplinaridade, bem como do princípio da integralidade, a inserção do farmacêutico nesse modelo assistencial é, de longe, uma medida coerente, pois a sua contribuição coopera para prevenção, promoção e recuperação da saúde no que se refere à morbimortalidade relacionada ao uso de medicamentos. Nesse cenário, incorporam novos papéis e funções, participam de reuniões, discutem e definem públicos alvos, desenvolvem ações intersetoriais, integrando outras políticas (educação etc.), realizam visitas domiciliares, elaboram projetos terapêuticos etc.

Das reuniões da equipe, das atividades que entregam, eu já participei de reuniões, do colegial gestor, visitas quando necessário, algumas programações pontuais quando também tem. Tem um programa do PSE que eu também já participei que é a Saúde do Escolar, que é um link que a Unidade faz com a Secretaria de Educação, que a gente, como profissionais de saúde, passa os conhecimentos pra os escolares lá, né? Então aqui os farmacêuticos podem participar de várias coisas (Farmacêutica 2).

Participo de reunião de equipe, a gente participa da comissão que organiza também as ações educativas dentro da unidade de saúde, relatórios, às vezes esses relatórios não diretamente ligados a farmácia, mas os relatórios

gerais da unidade de quantidade de atendimento, essas coisas, sem contar atendimento farmacêutico, atendimento individual, né, dos pacientes, o que eu tô lembrando agora é isso (Farmacêutica 3).

[...] Como NASF, a gente discute em reuniões de equipe, como a gente pode atuar, ou algum caso de algum paciente não diretamente ligado ao meu campo de saber, mas dependente do problema do paciente, a gente leva para reunião do NASF pra discutir. Tem as ações educativas, as ações de promoção de saúde que a gente se envolve. A gente participa das reuniões de equipe, como representante do NASF (Farmacêutica 3).

[...] no NASF a gente tem todo um trabalho voltado para um cuidado dos pacientes a partir das reuniões de equipe que a gente faz, a gente participa, tem as reuniões semanais com o NASF e os membros do NASF e esses membros também participam de reunião de equipe com as equipes de saúde, eles são distribuídos, a gente está distribuído nas cinco equipes da unidade, então a gente tem a consulta compartilhada, já participei de consulta compartilhada com a assistente social, com a psicóloga, então a consulta compartilhada é uma coisa. Junto com outro profissional, mas alguma intervenção por exemplo uma situação específica com relação a medicamentos que a psicóloga possa ter alguma dificuldade, ela vai até minha sala e me convida para participar da consulta, com relação a alguma dúvida que o paciente teve ou apresentou durante a consulta, ela se sente confortável para ir até a sala e eu também me sinto confortável de participar da consulta junto com ela, e a isso a gente dá o nome de consulta compartilhada (Farmacêutico 10).

Segundo Viegas (2010), a abordagem multiprofissional, bem como o trabalho em equipe é um dos pilares da assistência à saúde integral e equânime. A soma dos olhares dos distintos profissionais componentes das equipes de saúde favorece tanto a abordagem integral, como a ação multidisciplinar junto aos indivíduos e às suas famílias. Comumente, o paciente vai até o farmacêutico, mas o inverso também tem se tornado uma realidade. Para Viegas (2010), ir à casa do usuário e nela adentrar na é saltar os muros institucionais da saúde, é tornar-se mais próximo da realidade e das vivências do outro, é um ato que favorece a conquista de um espaço onde as abordagens e as ações tornam-se diferenciadas do trabalho cotidiano.

No decorrer do diálogo estabelecido com os farmacêuticos, após arguição ou de modo espontâneo, informaram sobre a sua participação nas visitas domiciliares. Em suas narrativas, disseram que, durante as visitas, buscam conhecer as necessidades dos indivíduos e as condições do ambiente onde residem etc., a fim de definir (quando é a primeira visita) ou implantar (quando já foi previamente definido em reunião) um plano assistencial adaptado aos fatores sociais e familiares, visando à promoção, à prevenção e à recuperação da saúde. Inclui a educação em saúde, os serviços farmacêuticos clínicos, a farmacovigilância, a orientação e a revisão da

farmacoterapia voltada à adesão (ou à melhoria do processo de uso), ao tratamento, à automedicação responsável e aos resultados terapêuticos etc.

[...] a função do farmacêutico, ela envolve muito aquilo que é informação em saúde, então é como conservar adequadamente um medicamento, como utilizar. Então ali você faz um confronto entre a via do usuário e o número de comprimidos que ele tem lá em determinado... lá na casa dele, e aí você descobre que ele de repente não está usando direito. Então basicamente é isso (Farmacêutico 5).

[...] das poucas visitas que eu já estive, a gente observa o núcleo familiar e eu posso fazer alguma intervenção em relação ao uso da medicação, então eu me limitei ao meu campo profissional, então alguma intervenção em relação ao uso do medicamento, alguma orientação em relação ao uso do medicamento, organização do medicamento, forma de guardar, isso tudo já acontece na visita domiciliar, são demandas que vêm das reuniões de equipe (Farmacêutico 10).

[...] então a gente vê, olha as condições de armazenagem do medicamento, como que a pessoa faz o uso diário, se ela tem conhecimento da posologia, então a gente tenta organizar aqueles medicamentos dentro da residência da pessoa (Farmacêutica 8).

Uma das entrevistadas, após descrever suas atividades durante as visitas, declarou que a visita em si só é feita nos casos em que o paciente está impossibilitado de ir até a unidade.

Depende da necessidade do paciente, por exemplo a gente tem aqui um paciente acamado com esclerose múltipla, que tá precisando de orientação sobre o uso de pomada. Estava com dificuldade de conseguir algumas medicações. Orientação mesmo sobre o uso de algumas medicações, quando o paciente usa sonda, acamado mesmo então ele precisava dessas orientações. A gente teve paciente que tinha acabado de ter um AVC, aí a gente foi ver como ele estava tendo cuidado com a medicação, como que estava a questão da adesão dele no tratamento, sempre assim. Tipo assim, a gente só faz visita quando o paciente realmente não pode vir no serviço, se o paciente vem ao serviço não tem necessidade de fazer, então seria só o paciente acamado mesmo (Farmacêutica 3).

Segundo os entrevistados, não é algo rotineiro, pois o farmacêutico, diferente de outros profissionais, não possui uma carga horária definida que deve ser cumprida com esse fim.

[...] por exemplo, os médicos eles têm um horário de visita semanal pra eles irem, a gente não. Algum agente de saúde, algum profissional identifica a necessidade, a gente vai na casa desse paciente de acordo com a demanda e não faz parte da nossa rotina (Farmacêutica 3).

Outro esclarecimento oportuno é que as visitas são previamente definidas e agendadas durante as reuniões, não é algo espontâneo. A participação do

farmacêutico é exigida quando há uma situação específica, podendo ou não estar diretamente relacionada ao seu campo de saber, ou quando o vínculo do paciente é com esse profissional. Nesses casos, o farmacêutico assume um papel de mediador.

Depende da demanda, tem paciente que eu já acompanho há mais tempo que é rotina, agora um ou outro eu vou. Depende do paciente. Tem paciente com uma demanda específica da atenção farmacêutica, é uma pessoa acamada, diabética que a gente acompanha ou, o contrário, que é uma pessoa que nem é tanto a abordagem específica da minha área de saber, mas o vínculo é comigo, a gente tem uma menina que o vínculo dela é comigo, ela e a mãe, então eu vou, mais pra manter o contato da equipe, pra não acabar com o vínculo porque necessariamente a abordagem não é da minha área de saber especificamente, então depende do paciente (Farmacêutica 7).

A visita domiciliar eu só participo quando há uma demanda, essa demanda ela vem da equipe de saúde, nunca é espontânea [...]. Então essa demanda espontânea do farmacêutico ela é difícil de acontecer. Ela acontece quando alguma reunião de equipe surge essa demanda e aí, a partir dessa demanda que foi discutida e definida que ia ter aquela visita lá na reunião de equipe, que eu vou. É muito comum surgir alguma [...] (Farmacêutico 10).

[...] de forma geral, é a demanda do paciente, a gente leva às vezes demanda por necessidade de acompanhamento psicológico, acompanhamento do assistente social ou [...] de inclusão em algum acompanhamento da unidade em si, do cuidado não necessariamente conhecimento só farmacêutico (Farmacêutico 12).

Os entrevistados esclareceram que as visitas sempre são feitas com acompanhamento de um agente de saúde, podendo ou não ter a presença de um ou mais profissionais de outras áreas, a fim de garantir um atendimento interdisciplinar. Além disso, a presença do Agente Comunitário de Saúde foi mencionada como sendo algo imprescindível, considerando que, via de regra, possui maior conhecimento e acesso ao paciente na comunidade.

[...] essas visitas são feitas acompanhadas por um agente de saúde, eles me dão qualquer informação que eu não tenha no momento da visita, mesmo porque o agente já está acostumado com aquela casa e com aquele paciente (Farmacêutica 2).

Visita ninguém faz sozinho, nem médico faz visita sozinho. Geralmente os profissionais sempre vão acompanhados dos agentes de saúde. Ninguém faz sozinho, sempre tem um agente de saúde, é muito difícil, alguém fazer visita sem o agente de saúde (Farmacêutica 3).

[...] toda vez que a gente vai fazer uma visita no território a gente tem que ser acompanhado pelo agente de saúde, porque ele conhece o território e ele, vamos disser assim, é a porta de entrada pra residência da pessoa (Farmacêutica 8).

Viegas (2010) também observou que, naturalmente, os Agentes de Saúde possuem maior vínculo com a comunidade, já que suas ações estão para além dos muros institucionais. Portanto, são peças-chaves para o sucesso de uma aproximação com a comunidade. As visitas domiciliares permitem que os profissionais conheçam melhor o ambiente familiar e as relações sociais do indivíduo, propiciando a identificação de fatores que possam interferir ou estejam interferindo no sucesso do plano terapêutico. Para mais, esse conhecimento também contribui para o fortalecimento das relações do paciente e/ou de seus entes familiares, quando a situação requer que um ou mais membro da família assumam a incumbência de auxiliar o paciente no cumprimento das tarefas do plano terapêutico (FOPPA et al. 2008).

#### 4.3 O PRINCÍPIO DA INTEGRALIDADE NO CUIDADO FARMACÊUTICO

Dentre as diretrizes do Sistema Único de Saúde, a integralidade destaca-se por propor uma “[...] recusa ao reducionismo e à objetivação do sujeito, configurando-se como uma abertura ao diálogo” (MARTINS, p. 16, 2006). Indica uma postura acolhedora, sob uma visão integral do ser humano; por conseguinte, uma atenção mais integral. A integralidade transforma e qualifica o cuidado, na medida em que propicia a transdisciplinaridade e o intercâmbio de conhecimentos, entre todos os atores envolvidos (VILELA; MENDES, 2003).

Os participantes foram inquiridos a respeito do conhecimento sobre o princípio da integralidade. As respostas abordaram diferentes dimensões (sentidos) do termo em questão, apontando para seu conhecido caráter polissêmico. O princípio em questão foi reportado por todos os entrevistados como sendo um atendimento voltado a mitigar todas as necessidades de saúde do indivíduo. Alguns foram além, ao descrever os componentes de um cuidado integral e a importância do trabalho em equipe — “fazer coletivo” — para o alcance dos resultados almejados. Percebe-se, nessas falas, que o termo toma para si um sentido pautado na organização das práticas, exigindo uma articulação e horizontalização das ações.

É você pegar o paciente e oferecer tudo o que ele precisa, desde a consulta, o exame, o diagnóstico, e no fim o tratamento ou a prevenção, se tá tudo bem vamos prevenir, pra não chegar lá na frente. Oferecer um tratamento integral é você ter um médico, ter um exame, ter o resultado no tempo hábil e o tratamento e a ação de todos da equipe, e a prevenção. Todo mundo tem que

tratar da sua parte, pra que ele alcance o resultado, às vezes a gente não consegue, porque às vezes você ou outros profissionais acham que é melhor trabalhar isolado e não junto. É importante você trabalhar em equipe, você não pode trabalhar sozinho, não é só o medicamento, o paciente precisa de um psicólogo, precisa de um professor de educação física, de um médico, de um nutricionista [...] (Farmacêutica 9).

A gente não só dispensa o medicamento, orienta o retorno, procura inserir a pessoa, assim se ela está em dia com o tratamento, o trabalho em equipe, a estruturação, a reestruturação dos grupos de promoção de saúde, o NASF. Se ele é tabagista, a gente já procura ofertar o GAT (Farmacêutica 8).

Outra parcela dos sujeitos discorreu que a integralidade é “abrir os olhos” e ver o indivíduo como um ser biopsicossocial e real, que possui e produz sua história, não apenas como alguém doente que requer um comprimido. Por isso, demanda empatia e uma postura humanista e altruísta, ofertando e possibilitando, sempre que necessário, o acesso a todos os profissionais, serviços e níveis de atenção.

É você atender, vamos dizer assim, a necessidade total, mas integral, você vai ver aquele ser, aquele paciente, não como uma pessoa que precisa de uma dipirona, mas um ser humano, um ser social, biopsicossocial, a gente tenta trabalhar pra ver o outro ser humano assim (Farmacêutica 8).

[...] ter uma visão integral, não pode só ver ele só por causa da doença, porque às vezes a dificuldade dele de tomar remédio é alguma outra coisa, algum conflito familiar, às vezes engloba o atendimento do assistente social [...], tem que englobar outras categorias também, né, não é só a questão da doença e do remédio em si, é algo muito maior (Farmacêutica 3).

Sob este aspecto, Possamai e Dacoreggio (2008) pontuam que as relações terapêuticas devem estar fundamentadas no respeito mútuo, na honestidade, na comunicação aberta, na cooperação mútua, na empatia, na paciência, na sensibilidade, na confiança e na confidência. Desse modo, “[...] a comunicação é um instrumento essencial no trabalho do farmacêutico e na promoção da saúde [...]” (LYRA JÚNIOR, 2005, p. 6), pois envolve questões humanas, técnicas e éticas.

O diálogo abre os caminhos para a compreensão da realidade singular de cada paciente, possibilitando a identificação dos pontos-chaves ou os problemas que mais o incomodam. Essa abertura contribui para todo o processo de cuidado, desde a sua construção até para além da sua aplicação, dado que as trocas de informações entre as partes propiciam uma harmonia entre o conhecimento científico e o empírico. O paciente sente-se respeitado e adquire a consciência de que é agente da própria saúde; por consequência, passa a cuidar-se com mais afinco, obtendo melhores resultados em saúde (LYRA JÚNIOR, 2005).

Em virtude da necessidade social no tocante à morbidade relacionada ao uso de medicamentos, a Atenção Farmacêutica e a prestação dos serviços clínicos farmacêuticos foram idealizadas com o intuito de otimizar os resultados do tratamento farmacológico e o uso racional dos medicamentos pelos pacientes, tendo em conta a suas particularidades, o seu momento entre os ciclos de vida, provendo um cuidado adequado às suas necessidades. É um modelo de prática que prima por uma abordagem não fragmentada, bem como pela autonomia do paciente, forçando uma mudança de uma atenção prescritiva, focada na doença, para outra colaborativa, não uniprofissional, mas multiprofissional, tendo o paciente e sua família como foco.

Em face do exposto, nota-se que o Cuidado Farmacêutico traz contribuições singulares à saúde dos pacientes, pois se propõe a preencher uma lacuna no sistema de saúde, referente à otimização do uso dos medicamentos, construindo uma abordagem integral à saúde dos indivíduos (OLIVEIRA, 2013). Pedimos para que os participantes reportassem como viam a relação entre o Cuidado Farmacêutico e o princípio da Integralidade. O conteúdo de suas falas demonstrou semelhança com o conceito que eles reproduziram sobre o que é integralidade. Pode-se constatar que, em seus processos de trabalho cotidiano, reproduzem a matriz teórica de que dispõem.

O Cuidado Farmacêutico e os seus componentes foram vistos como parte integrante e fundamental de um cuidado integral, tão importante quanto os outros serviços, pois ele almeja e dá resolutividade das demandas em saúde dos pacientes. Na sua ausência, não se pode afirmar que há um cuidado integral.

É uma parte do todo, ela é uma parte fundamental. Tanto como um atendimento psicológico, médico e social. (Farmacêutica 2).

A parte do cuidado farmacêutico faz parte também. Acompanhar o uso do medicamento, estar junto do paciente (Farmacêutica 7).

Ao atender as necessidades do usuário em toda a sua totalidade, [...] nós conseguimos dar resolutividade a um número de situações (Farmacêutico 5).

Se ele não tem acesso à atenção farmacêutica, não está tendo a integralidade (Farmacêutico 10).

Parte dos entrevistados consideraram que a relação está no fato de que o Cuidado Farmacêutico, além de complementar as demais práticas de cuidado, ao gerenciar de maneira integral a farmacoterapia, garante a efetividade e a segurança da

farmacoterapia, frisando que, na ausência do acesso ao medicamento, não há integralidade.

A integralidade entra tanto no acompanhamento do uso do medicamento como no acesso. Que a gente passa [...] por época de falta, você corta a integralidade aí, a pessoa teve acesso a tudo, a consulta, ao exame, ao diagnóstico, e não tem o medicamento, cortou. Não adianta nada a pessoa ter acesso e não ter [...] o acompanhamento do uso, a identificação da reação adversa do medicamento, a gente é fonte identificadora como todo o serviço de saúde deve ser (Farmacêutica n. 07).

Cecílio (2001), citado por Viegas (2010) afirma que, sem a garantia da universalidade do acesso, de forma alguma haverá integralidade e equidade, pois é um objetivo da atenção à saúde, um princípio que atribui direito — o direito universal às necessidades de saúde. Sob a ótica de uma abordagem integral à saúde dos pacientes, parte dos participantes reportaram que a relação está na abordagem não fragmentada do sujeito, uma vez que o objeto em questão considera os aspectos sociais, emocionais, culturais, econômicos e terapêuticos e propõe uma ação colaborativa no que tange à atenção integral à saúde. Uma das entrevistadas exemplificou esse elo em sua narrativa.

[...] tem uma paciente que o filho dela está foragido da polícia, o médico veio me preocupar [...] falando que estava descompensada e ele estava querendo mudar, eu falei com ele assim: você está lembrando que esta paciente é aquela do filho que está foragido? Porque às vezes o problema dela não é nem a quantidade de remédio, é o estresse emocional que esse problema do filho dela está gerando nela. Então eu entendo que isso é uma forma de olhar o paciente de uma forma integral. Porque aí eu não tô discutindo só a questão da medicação e da doença dela em si, estou discutindo o contexto social no qual ela está inserida, e aquilo está trazendo problemas de saúde para ela (Farmacêutica 3).

Segundo Viegas (2010), a construção da integralidade em saúde se dá na ação; é no cotidiano que o princípio se operacionaliza, saibamos ou não proferir palavras que o definam. Idealizar a integralidade não é suficiente: é preciso fazê-la acontecer nas ações, nas atitudes e nos atos de cada ator que está posto no processo, mas com uma ressalva, deve-se ao menos saber o que está sendo feito.

Observou-se também que a relação foi vista como fruto de uma necessidade que requer um olhar e uma prática pautada no referido princípio. Diante da realidade em que o mesmo paciente apresenta diversas prescrições de especialistas distintos, às

vezes expedidas sem uma coordenação ou comunicação adequada entre eles, é necessário que o farmacêutico se responsabilize, avalie e concilie o que foi prescrito.

Na atenção farmacêutica, você consegue ver o paciente de forma mais completa, porque às vezes ele vai no clínico, o clínico trata da hipertensão dele, depois ele vai no cardiologista, vem uma receita do cardiologista, eu acho que o farmacêutico tem uma condição de ver ele em um todo, porque ele vai ter que conciliar todos esses remédios. (Farmacêutica 9).

Além dos medicamentos que requerem prescrição, há também os de venda livre (fitoterápicos, homeopáticos etc.) e os suplementos. Estamos em uma sociedade em que o autocuidado tem se tornado uma prática cada vez mais comum e os indivíduos diariamente tomam decisões sobre sua saúde de maneira autônoma, sem a assistência de um profissional. As implicações desses fatores influenciam e impulsionam a necessidade da oferta de um cuidado clínico integral (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2004; CORRER, 2013).

Os profissionais da saúde, no desenvolver e na aplicação de suas competências, diferem entre si e dos outros grupos da sociedade, porquanto seus processos de trabalho, conseqüentemente, influenciam na vida do próximo. Os indivíduos possuem carências e necessidades; logo, possuem expectativas sociais de um serviço de atenção de qualidade e efetivo. Ainda há aqueles que, por não conhecer ou por outra razão, de maneira consciente ou não, esperam por um serviço individual, abrangente, sistemático e integrado ao trabalho da equipe, para alcançar um resultado positivo no tocante à sua saúde. Considerando a provocação, os sujeitos afirmaram que o referido princípio justifica a oferta dos serviços clínicos farmacêuticos e os torna um direito, já que é parte estruturante de uma realidade integral de atenção ao paciente. Nessa ótica, a ausência desse profissional nas farmácias, bem como a inexistência de um serviço clínico farmacêutico na AB, representa uma negligência a esse direito.

O paciente tem o direito a ter a atenção farmacêutica de fato, justamente por conta desse princípio da integralidade. Então, se ele tem direito a uma consulta média e ele saiu com o receituário em mão, ele tem direito à atenção farmacêutica, embora a maioria da população não conheça esse direito, a maioria ignora esse direito, tanto que a gente verifica em outros Municípios que não tem farmacêuticos em todas as unidades de saúde. Então, assim, se esse é um direito, a atenção farmacêutica faz parte da integralidade do SUS e se esse serviço não está previsto em todas as unidades de saúde é porque esse direito está sendo negado (Farmacêutico 10).

O profissional do Cuidado Farmacêutico deve direcionar suas ações nas necessidades farmacoterapêuticas tanto individuais quanto coletivas, voltando-se para as dimensões humanas da prática, a fim de transformar as experiências do usuário com sua enfermidade e com seus medicamentos. Ora, nesse movimento em direção à pessoa sob uma abordagem integral, estar incluído em meio aos outros profissionais nas equipes de saúde contribui sobremaneira para amparar todas as nuances das carências sociais de saúde dos indivíduos (LOCH-NECKEL; CREPALDI, 2009; LOCH-NECKEL et al. 2009). Uma parcela dos entrevistados vê operacionalizada a relação entre o princípio da integralidade e o Cuidado Farmacêutico em suas atividades junto às equipes de saúde.

Eu consigo perceber isso é quando a gente faz esses atendimentos individuais, quando tem a demanda, você consegue parar para ouvir o paciente [...] tem esse momento aqui na unidade nas reuniões do NASF, nas reuniões de equipe, [...] a gente senta e vê aquele caso daquela pessoa, cada um dá sua equipe, cada integrante do NASF [...], (ou) a gente carrega esses casos para o NASF e debate e observa toda a questão holística do paciente (Farmacêutico 12).

Alguns entrevistados fizeram questão de frisar que, apesar de ver que a relação se constitui no cotidiano de suas funções e atividades (individuais e coletivas) na Atenção Básica, percebem não haver ainda de fato uma integralidade, visto que alguns setores e/ou profissionais da unidade (incluindo o próprio farmacêutico), em alguns momentos, ainda limitam o seu processo de trabalho a práticas segmentadas e individuais, inclusive quando estão integrados nas equipes, situações que acabam por descaracterizar a “reorganização da Atenção Básica”. No entanto, afirmam que se esforçam para se manter no caminho rumo à consolidação efetiva do princípio supramencionado.

[...] o cuidado é, a gente fala assim, completo seria o ideal, né, mas a gente sabe que ainda não tem o ideal, mas a gente tenta caminhar para isso, por exemplo essa própria questão de organizar a demanda de saúde mental, eu acho que isso foi algo positivo, entendeu? (Farmacêutica 8).

Eu não considero que é totalmente integral, devido a alguns serviços a gente não fazer, e até mesmo a interação com a equipe é muito boa, mas ainda às vezes falta uma integração maior, isso por conta da gente e os outros profissionais também, de todo mundo. [...] A gente discute muito aqui, a questão da equipe de saúde da família, mas só que você vê que cada um está no seu canto, é tanto que nas reuniões do NASF a gente está tentando puxar isso um pouco, porque a equipe parece que desvirtuou um pouco, aqui parece mais uma clínica, parece mais um serviço de... a pessoa vem e passou mal e atende... do que um serviço de acompanhamento, de busca ativa, de tratar o paciente como um todo, a integralidade, a questão de

terapêutica singular, toda essa questão né. Eu acho que falta um pouco isso, o serviço mais integral, e eu não falo nem só na farmácia, eu falo em todo o serviço aqui (Farmacêutico 4).

#### **4.3.1 Percebendo a Integralidade no cotidiano da prática farmacêutica**

Uma abordagem centrada no paciente como ser integral envolve uma ação acolhedora e o estabelecimento de vínculo entre os sujeitos, propiciando uma abertura ao diálogo (ANGONESI; SEVALHO, 2010; MATTANÓ, 2013). A integralidade se revela no agir e pode ser percebida no encontro, no diálogo, em que a atitude do farmacêutico, através de uma comunicação, de maneira sempre prudente, busca reconhecer e compreender, não somente as demandas explícitas, mas as necessidades dos indivíduos no que se refere à sua saúde.

Eu tento conhecer e entender as particularidades de cada um e principalmente o grau de entendimento, e partindo daí eu consigo ter uma abordagem maior sempre focando na saúde (Farmacêutica 2).

Para tanto, faz-se necessário atentar para as diferentes dimensões da comunicação: verbal (a fala ou a escrita), paraverbal (tom de voz, volume, ritmo) e não verbal (gestos, posturas, olhar), bem como o contexto (ambiente) (ROSSIGNOLI; GODOY; CORRER, 2013). Os entrevistados reportaram que, na fase do acolhimento, recebem o paciente de maneira amistosa, cumprimentando e chamando-o pelo nome, sempre que possível, para demonstrar profissionalismo, interesse e comprometimento com suas necessidades, fazendo-o sentir-se respeitado e aceito, a fim de que, dessa forma, venha a se sentir acolhido.

Somos o mais cordial possível. Isso acontece muito, isso faz parte do dia a dia (Farmacêutico 10).

O cumprimento, é você dar um atendimento humanizado, e nos demais contatos na unidade com o tempo você vai compreendendo o contexto social de cada um, vai tratando, e vai cumprimentando de outra forma (Farmacêutico 12).

Bom dia! Como você está? Normalmente quando eles atrasam: por que que você está demorando para pegar sua medicação? Sabe como usar a medicação? A medicação mudou a embalagem, quando precisa de uma identificação, a gente identifica, coloca em caixinha, coloca sol, lua, normalmente isso (Farmacêutica 6).

Cada paciente é único e singular, mas há uma pluralidade que não pode ser singularizada. Aqui, o objetivo principal é seguir ou estabelecer o plano de cuidado; é necessário avaliar, entre outras coisas, o grau de letramento e compreensão dos pacientes, adequando a linguagem ao contexto sociocultural do indivíduo, com metáforas, analogias e comparações, para esclarecer um termo mais técnico (ROSSIGNOLI; GODOY; CORRER, 2013). Diante de situações como a referida pela participante, a arguição é imprescindível para um aconselhamento efetivo, visando a um gerenciamento integral da farmacoterapia.

No Cuidado Farmacêutico, a história do paciente é valorizada na sua própria perspectiva, bem como os exames diagnósticos laboratoriais. É uma prática que propicia a mediação entre o conhecimento científico e as vivências do indivíduo, sem fragmentá-lo; trata-se de um cuidado impregnado por holismo (OLIVEIRA, 2007; OLIVEIRA, 2013). Conhecer a história familiar e social foi visto como sendo imprescindível, não apenas para fazer associações entre os problemas apresentados pelo sujeito e a história de saúde de seus familiares, mas também como uma medida fundamental para compreender o arranjo e a dinâmica familiar do sujeito e suas influências sobre seu comportamento, no que se refere às causas da baixa adesão ou do abandono do tratamento prescrito. Em paralelo, também foi reportado que, além da família (estrutura básica), deve-se buscar conhecer amigos e vizinhos etc. (sistema amplo), pois, em alguns casos, é necessário recrutar algum desses atores para auxiliar o paciente durante seu tratamento, acompanhando-o durante as suas idas até a unidade, ajudando-o a manter-se em dia com o tratamento etc. (ROSSIGNOLI; GODOY; CORRER, 2013).

Quando um paciente está com problema de adesão, para melhorar a adesão dele, tem que saber quem mora com ele, quem é que pode auxiliar. Às vezes a gente passa a recrutar até vizinho quando a pessoa não tem ninguém, não tem parente, tem que saber como é casa da pessoa, o que acontece lá, como é o lugar para guardar, quem tá ajudando, se ele sabe ler... tem que saber (Farmacêutica 1).

A gente pede para vir um familiar [...]. Tem uma idosa que eu falei que só ia fazer o acompanhamento dela se viesse um familiar junto, aí vem uma filha, ou um dos filhos. E ela é analfabeta e tem um filho que tem deficiência mental, e aí ela tinha que dar conta dela e do filho dela. Por isso eu falei vir acompanhada, pra que a família dela tomasse posse desse cuidado dela e do filho dela também. Mas sempre que precisa, é um paciente com algum problema, alguma dificuldade mental, a gente pede pra vir acompanhado (Farmacêutica 3).

Tem pacientes que na verdade acabam nem trazendo, mas aí a gente manda voltar e comunico ao agente de saúde, eu já que passo para a equipe, olha tem que avisar fulano de tal para vir buscar. Muitas vezes também, acontece de eu mandar um bilhete grampeado na receita na sacolinha e peço para a filha ou filho ajudar, né (Farmacêutico 12).

O farmacêutico, em razão de estar sempre em contato com o paciente, encontra-se em uma posição que naturalmente oportuniza a monitoração do progresso do tratamento farmacológico (PEPE; CASTRO, 2000; VIEIRA, 2007) uma das entrevistadas reportou que, durante seu atendimento na farmácia, é comum que os pacientes se sintam menos inibidos e, por consequência, acabem mencionando alguma queixa que foi omitida durante a consulta médica. Nesses casos, havendo necessidade, o médico ou a equipe são comunicados.

[...] na farmácia a gente tem condição de receber o paciente com outras posturas, diferente do consultório médico. Às vezes acontece de um paciente tá inibido de dar alguma informação, ou de tá sem graça por algum motivo, naquele momento não tá querendo dizer algumas coisas na consulta. E na farmácia eles começam a falar, então a gente tem sempre a oportunidade de tá captando coisas durante o atendimento, não só na dispensação, eles desabafam muito. Então ali a gente tem oportunidade de não só atender o paciente, com a medicação, instruções, entrega, retorno, mas também de captar algumas coisas que a gente pode sinalizar a equipe. Olha, esse paciente ele... essa medicação que ele pegou, eu acho que ele não vai conseguir tomar dessa forma, a gente pode fazer esse link com o médico e aí junto, a gente consiga elaborar uma alternativa que talvez na consulta o médico não tenha condição de ver, em relação à parte da medicação. E se ele passa uma medicação, um tratamento e o paciente não consegue administrar aquilo, e na farmácia a gente tem esse olhar, a gente consegue dar esse retorno para o médico e aí parte para uma outra solução para o tratamento dele (Farmacêutica 2).

Além dessa participante, outros sujeitos da pesquisa também se referiram ao comportamento dos pacientes que, de modo geral, estão abertos ao diálogo, apresentam e solicitam a elucidação de suas dúvidas. Também relataram que os pacientes preferem ser atendidos pelo farmacêutico por perceberem uma diferença no atendimento.

[...] a gente ouve muito porque as pessoas pegam a receita, consultam e vêm muito te perguntar, e querem ouvir alguma coisa, às vezes não querem ouvir mas querem falar, e às vezes eles usam muito o balcão da farmácia pra falar e às vezes quando você começa atender ele vê uma diferença no seu atendimento para o atendimento de um profissional que não é farmacêutico, e às vezes as pessoas percebem isso na forma que você o trata (Farmacêutica 9).

O Cuidado Farmacêutico também é regulamentado e amparado pela RDC nº 44, de 17 de agosto de 2009 (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2009). Suas ações concentram-se no atendimento clínico e na resolução dos desfechos negativos relacionados à farmacoterapia de pacientes que, de forma espontânea, buscaram o farmacêutico ou foram identificados por ele ou encaminhados por outros profissionais. Sob essa perspectiva, parte dos participantes afirmaram que, em razão da boa integração que possuem com os demais membros da equipe, sempre recebem pacientes encaminhados para serem incluídos no acompanhamento farmacoterapêutico.

Os profissionais que trabalham junto com a gente, quando vêm os resultados, começam a encaminhar para o acompanhamento (Farmacêutica 1).

Tem paciente que é encaminhado pelos profissionais. Olha, necessitamos de um atendimento específico na questão do uso [...]. Então a gente tenta adequar os horários à rotina diária dele. Os pacientes analfabetos a gente costuma separar os medicamentos nos horários em doses individualizadas, o trabalho dele seria só tirar e tomar, ele não teria a preocupação de olhar na receita. Porque muitas vezes são vários medicamentos, doses etc., às vezes tem problemas de visão, às vezes não sabe ler (Farmacêutico 4).

O modelo de prática que está sendo exposto e discutido nesta pesquisa produz resultados em diversas áreas, como a clínica (diminuição dos níveis de glicemia capilar) e a humana ou humanística (percepção de melhora na qualidade de vida) (OLIVEIRA, 2007), pois está alicerçada em uma abordagem ampliada, centrada nos cuidados clínicos farmacêuticos, que se operacionaliza através do método clínico, da consulta farmacêutica etc. processo marcadamente integrado aos demais serviços de saúde, sendo ofertado de forma integral e ininterrupta. O paciente — ponto focal de toda a ação — é quem vivencia a doença e os efeitos, benéficos ou não, da farmacoterapia, ao mesmo tempo em que desempenha diferentes papéis na sociedade (OLIVEIRA, 2007). A atenção integral gera resultados positivos na vida desses seres humanos, que aceitaram introduzir em seus corpos substâncias biologicamente ativas, raramente inócuas, torcendo para que na balança do risco-benefício obtivessem um resultado favorável.

Os participantes da pesquisa informaram que os pacientes, após conseguirem aderir ao tratamento, alcançando melhores resultados de saúde e, por consequência, conquistando uma melhor qualidade de vida, agradecem de diferentes formas a

atenção dispensada: abrindo-se mais ao diálogo, sendo mais cordiais, amistosos e educados (cumprimentando) etc.

Tem muito paciente que agradece. Tem uma paciente, que falou bem assim uma vez, uma senhorinha: eu gosto muito de você! Então a gente tem sim, paciente que vem aqui só para ver a gente, tem paciente que traz presente, tem paciente que agradece porque conseguiu diminuir o uso de insulina através do cuidado da atenção, das explicações (Farmacêutica 3).

Agradecem, assim, eles não agradecem assim na forma: ah obrigado fulana por você ter me ensinado a usar o medicamento! Eles agradecem na forma de serem mais carinhosos, da gente passar na rua e encontrar e eles sorrirem, cumprimentarem, deles virem e dizer, aí eu quero conversar com você, coisas assim (Farmacêutica 8).

A entrevistada complementa sua fala ao narrar uma experiência pessoal, quando a paciente demonstrou sua gratidão por meio de um gesto singelo ao zelar e usar da maneira adequada o calendário farmacológico confeccionado artesanalmente pela farmacêutica.

Tem o caso da dona Fulana, ela ficava com a glicemia em quinhentos, precisava de ir para hospital, e dava crise e tal, até que um dia nós fomos na casa dela, aí eu fiz um pano, peguei um pano costurei e separei de manhã, de tarde e de noite, e fiz uma sacolinha e fui na casa dela e preguei aquela sacolinha na parede e coloquei o que era de manhã, o que era de tarde, o que era de noite, coloquei separado. Ela tem essa sacolinha até hoje, já tem mais de três anos (Farmacêutica 8).

Outro participante relatou que em uma reunião de equipe foi discutido o caso de uma paciente iletrada, “hiperdia”<sup>2</sup> e com sérios problemas familiares; por consequência disso, havia “desistido de si” e do seu autocuidado. Após discussão, foi acordado e solicitado que o farmacêutico assumisse o caso e assim o fez. Após consulta farmacêutica, foi estabelecido um plano de cuidado e, no decorrer do processo, a paciente aderiu ao tratamento e obteve uma melhora significativa de saúde. Por causa de sua melhora, sempre que se encontra com o farmacêutico, sem demora agradece a atenção prestada.

[...] em vários momentos ela agradece, ela comenta com os outros profissionais que ela viu nesse trabalho um estímulo para ela aderir à medicação e assim ela fez, que ela se sentiu de certa forma valorizada, ela

---

<sup>2</sup> “O Hiperdia destina-se ao cadastramento e acompanhamento de portadores de hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus atendidos na rede ambulatorial do Sistema Único de Saúde – SUS, permitindo gerar informação para aquisição, dispensação e distribuição de medicamentos de forma regular e sistemática a todos os pacientes...” Disponível em: <<http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/epidemiologicos/hiperdia>>. Acesso em: 15 maio 2017. Por causa desse programa, usa-se o termo “hiperdia” para referência a pacientes com hipertensão arterial e/ou diabetes.

acha que aquele trabalho, imagina! A nossa obrigação: o trabalho de separar a medicação e orientar em relação aos horários, colar as figuras de acordo com a posologia que ela deveria fazer uso. Ela se sentiu valorizada e por isso voltou a usar a medicação, hoje ela faz o uso e vem com regularidade buscar a medicação (Farmacêutico 10).

Segundo Nietzsche (1998, apud BERNARDES; PELLICCIOLI; GUARESCHI, 2010), a vida é um permanente reinventar-se. O paciente, ao ser acolhido e amparado por um ou mais profissionais, adentra um caminho no qual as suas necessidades em saúde são paulatinamente mitigadas, ao passo que é conduzido ao alcance de uma autonomia consciente sobre seu modo de levar a vida. Receber cuidados, informações e educação em saúde, ser instigado a reconstruir os sentidos de sua vida, satisfazendo suas necessidades de maneira ampla, suscita um sentimento de valorização e gratidão (SILVA; TAVARES, 2004).

#### **4.3.2 O vínculo com o paciente na construção da integralidade**

A farmácia, como profissão, atravessou os séculos e passou de rudimentar a científica, graças aos avanços da ciência, pois chegou até nós com incontáveis aportes e melhorias para a sociedade, agregando conhecimentos e tornando sua importância cada vez mais evidente na área da saúde pública (CORRAL; SOUZA; NEGRÃO, 2009; ANGONESI; SEVALHO, 2010; ZULUAGA, 2013).

O vínculo farmacêutico-paciente (ou vice-versa) é uma das aproximações possíveis com as distintas produções sob o princípio da integralidade. Ele qualifica o cuidado, tornando-o humanizado, na medida em que propicia uma aproximação física e afetiva entre os sujeitos, pautada no respeito a crenças, experiências, expectativas e atitudes, no que tange às suas condições de saúde e ao uso dos medicamentos, quando ambos compartilham a tomada de decisões e responsabilidades pelos resultados (ARAÚJO; UETA; FREITAS, 2005). Ao acolher o paciente, o profissional dá o primeiro passo em direção à instauração de uma relação organizada em comprometimento, respeito e confiança mútuos. O profissionalismo é aqui entendido como a capacidade de aproximar os saberes — científico e o empírico —, que se revela na demonstração de verdadeiro interesse e comprometimento com as demandas do paciente, fazendo-o sentir-se compreendido, incluído, aceito e respeitado (LIMA, 2004).

Os participantes foram unânimes em dizer que o vínculo surge em virtude da rotina diária da prática farmacêutica comunitária, por sempre estarem em contato com o paciente em suas idas até a farmácia para retirar sua medicação e, com o passar dos anos, vai se estreitando, a ponto de o farmacêutico conhecer em maior profundidade a vida desses indivíduos. Por efeito disso, os pacientes tornam-se mais abertos ao diálogo e, de modo espontâneo, contam fatos do seu cotidiano e do seu tratamento (interexperiências do existir) e, sempre que é dito algo relevante, registra-se no prontuário.

A gente cria um vínculo na dispensação, aquele vínculo de conhecer a pessoa. todo o mês a pessoa está aí, às vezes toda a semana, [...] da pessoa chegar, sentar aí e declarar alguma coisa a respeito das medicações e da vida, quando eu estou no atendimento eu ainda consigo abrir o prontuário e fazer esse relato (Farmacêutico n. 12).

O vínculo diário, ele vem buscar seu medicamento, às vezes ele já tem uma certa familiaridade comigo, então já tem mais uma liberdade de perguntar, a gente fica com mais liberdade de se inteirar (Farmacêutico 4).

Aqui, como é uma unidade de ESF, a gente está sempre vendo os mesmos pacientes, porque a gente está inserida dentro do território deles, então a gente conhece a família, o pai, a mãe e o filho. E acaba sabendo de coisas do cotidiano deles, porque eles trazem pra gente. Tem quase dez anos que eu estou aqui na unidade, acaba gerando um certo vínculo (Farmacêutica 2).

Os pacientes, comumente, no percurso de seu tratamento, tanto no serviço particular como no público, são atendidos por vários médicos. Via de regra, por só um farmacêutico. Essa proximidade, acrescida de convivência ao longo de muitos anos, como foi relatado, gera, segundo os entrevistados, um sentimento de amizade entre eles.

É interessante que o vínculo ele é muito mais em função do relacionamento pessoal, humano do que necessariamente pelo que é técnico e clínico. Então a comunidade tem um espaço bem delimitado, a população não aumenta e não diminui muito, ela se mantém estável. Eu praticamente tenho contato com quase todos aqui do bairro, que buscam pela unidade de saúde e isso acontece mais de uma vez no ano, alguns casos por exemplo toda a semana. Esse vínculo acontece muito em função dessa relação pessoal (Farmacêutico 5).

De amizade, de você conversar, porque você sobe todo dia, tem quatro anos que eu estou aqui, eu subo todo o dia o morro a pé, então quando eu estou subindo eles estão descendo para ir trabalhar, aí a gente se encontra e cumprimenta. Às vezes eles trazem presente pra gente e às vezes a gente sabe a data de aniversário e parabeniza, hoje mesmo é aniversário de uma aí, esse ano eu não comprei presente pra ela não, ela falou que não era para comprar presente pra ela porque ela não pode dar presente (risos). A gente acaba fazendo um vínculo, e tem uns assim que você às vezes te dá tanta,

sei lá te deixa tão comovido, só que às vezes não é uma coisa que depende de você, depende da família dele e de outras pessoas (Farmacêutica 9).

Ainda foi ressaltado que, no decorrer de suas atividades clínicas e assistenciais, nem sempre é possível ter uma aproximação maior com todos pacientes, pois nem todos dão essa abertura, são “pacientes difíceis”. No entanto, o farmacêutico sempre os acolhe, respeitando as suas particularidades.

Criamos. Tem paciente que gosta da gente, tem paciente que não gosta. Tem paciente que morre de amores pela gente, tem paciente que detesta. Mas assim, de forma geral, eu tenho um relacionamento muito bom com esses pacientes (Farmacêutica 3).

A maioria sim. Sempre tem uns contra, né, mas a gente não consegue agradar a todo mundo (Farmacêutica 6).

Tem uns que a gente tem que criar, querendo ou não (risos) (Farmacêutica 9).

Não tanto como a gente gostaria, mas a gente acaba tendo afinidade com algum e outro, depende da abertura que eles têm (Farmacêutica 1).

Segundo Viegas (2010), ter vínculo com o usuário, sua família e a população requer tempo; é preciso conhecer o outro e saber como abordá-lo, pois aspectos culturais podem determinar o seu comportamento, podendo influenciar ou não sua aceitação quanto às propostas de cuidados à saúde e à confiança no profissional em questão. Em contrapartida, um dos participantes admitiu que evita qualquer aproximação que possa resultar em amizade, pois, segundo ele, isso pode interferir negativamente no processo de assistência.

O vínculo é com a vinda dele aqui na unidade mesmo. Eu evito amizade, qualquer sentimento de amizade, eu procuro não vivenciar muito a vida do paciente, não trazer a amizade para o consultório. Porque pode haver uma confusão no momento de uma determinada intervenção, e aí esse sentimento de amizade eu acredito que ele possa atrapalhar (Farmacêutico 10).

Viegas (2010) afirma que a vinculação é imprescindível para o desenvolvimento de ações em saúde, pautadas na integralidade. Camargo Júnior e outros (2008) corroboram que a afetividade, como também a relação terapêutica e a continuidade, é parte estruturante do que seria o vínculo na perspectiva da atenção integral. A afetividade propicia uma conexão estável entre ambos, por isso é um instrumento de trabalho valoroso. Já o vínculo, como uma relação terapêutica, diz respeito ao ato de dar a atenção devida, conforme as necessidades. A continuidade, por sua vez, é uma

dimensão alicerçante, pois fortalece os laços e eleva a confiança. Por fim, os participantes afirmaram que o Cuidado Farmacêutico, por servir-se do vínculo como instrumento de reciprocidade, torna-se uma prática que humaniza o cuidado à saúde.

[...] humaniza porque você cria um vínculo com o paciente, um contato direto, você sabe as necessidades, conhece o que ele precisa, conhece a vida do paciente, isso é humanizar, saber quais são as prioridades, os problemas que não estão diretamente relacionados aos medicamentos, mas que estão relacionados à saúde como um todo (Farmacêutica 1).

O paciente se sente mais abraçado e cuidado [...]. Gera mais confiança no profissional, segurança, e isso tudo repercute na saúde dele, então não é só clínico, é humanístico também (Farmacêutica 2).

Humaniza o cuidado na medida em que ela permite uma aproximação e a criação de um maior vínculo com o usuário (Farmacêutico 5).

Porque, por exemplo, a gente tem muito paciente analfabeto, então [...], às vezes tem que pegar na mão mesmo e dizer: olha, você tem que tomar o remédio nesse horário... fazer desenho e usar a criatividade (Farmacêutica 3).

França Filho e colaboradores (2008) e Angonesi e Sevalho (2010) afirmam que o vínculo com o paciente é fundamental para a definição e o alcance de desfechos positivos em saúde, porquanto favorece a prática do acompanhamento farmacoterapêutico.

#### **4.3.3 A relação paciente-medicamentos na visão do farmacêutico**

Convido o leitor à reflexão desse fragmento de texto, publicado em julho de 1980, no *Jornal do Brasil*, pelo farmacêutico e renomado poeta brasileiro, Carlos Drummond de Andrade, que nos auxilia a expressar a problemática que, entre outras coisas, também manifesta o sentimento da sociedade, no que diz respeito à medicalização da vida.

Ultimamente venho sendo consumidor forçado de drágeas, comprimidos, cápsulas e pomadas que me levam a meditar na misteriosa relação entre a doença e o remédio. Não cheguei ainda a conclusões dignas de publicidade, e talvez não chegue nunca a elaborá-las, porque se o número de doenças é enorme, o de medicamentos destinados a combatê-las é infinito, e a gente sabe o mal que habita em nosso organismo, porém fica perplexo diante dos inúmeros agentes terapêuticos que se oferecem para extingui-lo. E de experiência em experiência, de tentativa em tentativa, em vez de acertar como o remédio salvador, esbarramos é com a uma nova moléstia causada ou incrementada por ele, e para debelar a qual se apresenta novo pelotão de remédios, que por sua vez [...]. Estou confuso e difuso, e não sei se jogo pela janela os remédios que médicos, balconistas de farmácia e amigos dedicados me receitaram, ou se aumento o sortimento deles com a aquisição de outras fórmulas que oferecem aparecendo, enquanto o Ministério da Saúde não as

desaconselhar. E não sei, já agora, se se deve proibir os remédios ou proibir o homem. Este planeta está meio inviável (ANDRADE, 1980, apud GUERRA JÚNIOR; ACURCIO, 2013, p. 69-70).

Ao deparar com a doença, os indivíduos iniciam uma busca para reobter saúde. Ao ver esse desejo, o sistema produtivo oferece a esses sujeitos uma gama de indutores de saúde, que possuem diferentes formatos, cores e, principalmente, preços. Aliás, também recebem nomes distintos: remédios, vacinas, vitaminas, cirurgias etc. O doente se vê diante de uma saúde que pode ser alcançada por intermédio do consumo. Logo, se está com dor, o alívio está disponível para ser adquirido (tanto no sistema público ou privado) em forma de singelos comprimidos. Para tanto, basta comprá-los livremente no comércio mais próximo (quando não exige receita) ou se dirigir ao médico e persuadi-lo para que lhe dê o passe-livre (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2004).

Durante a avaliação inicial do paciente na prática do Cuidado Farmacêutico, é imprescindível conhecer e compreender a relação e a experiência farmacoterapêutica desses indivíduos, pois elas influenciam, de maneira positiva ou negativa, as atitudes e decisões em relação aos seus medicamentos. Para tanto, é preciso ter em conta seus comportamentos e argui-los, sempre que necessário. Sob essa perspectiva, questionamos os farmacêuticos participantes sobre o modo como viam as representações dos pacientes com os seus medicamentos.

Os pacientes fazem muitíssima questão de terem sua consulta médica agendada e de serem consultados, entretanto, no que se refere aos medicamentos, na maior parte das vezes, a preocupação é tê-lo em mão, pois o uso, em si, é feito de maneira inconsequente. Por subestimarem os riscos, praticam a automedicação e superestimam a resolução dos problemas, visto que veem os medicamentos como uma substância mágica, capaz de resolver todos os seus problemas de saúde. Ademais, apresentam uma concepção de que a prescrição é como “um vale-brinde”, que garante o direito ao medicamento, independente da data de quando foi aviada.

Uma relação de posse. Eles fazem muita questão da consulta, querem o medicamento, mas na relação dele com o medicamento eu percebo que não é assim (Farmacêutica 8).

[...] a maioria subestima muito os riscos dos medicamentos e superestima muito a resolução dos problemas por intermédio dele. Então a medicalização está inserida na sociedade. É muito difícil você encontrar um paciente que

não esteja nesse contexto. [...] praticam muito a automedicação. [...] a receita é como se fosse um vale brinde, se foi prescrito ele tem direito a esse remédio, mesmo meses depois da expedição. Então eu acredito que o medicamento é visto, exatamente assim como uma substância mágica que vai resolver os problemas (Farmacêutica 1).

São poucos os pacientes que eu posso dizer que tem um bom relacionamento. Uns não sabem viver sem, tem outros que é uma relação bem conturbada. Uns vivem aqui todo dia praticamente, querem sempre remédio, nunca estão satisfeitos, nunca tá bom (Farmacêutica 3).

Muitos usuários queixam-se, no momento da dispensação, que é insuportável ter que fazer o uso da medicação e o veem como “um mal” necessário para manutenção da sua qualidade vida e, por isso, regularmente, fazem sua utilização. No entanto, alguns não aderem, às vezes por achar que o próprio medicamento os deixa ainda pior ou porque não aceitam a doença e, tampouco, o seu tratamento; outros suspendem o uso por conta própria, sobretudo nos finais de semana.

Segundo Freitas, Oliveira e Perini (2006), grande parte dos pacientes atendidos pelo farmacêutico encontra-se fragilizada pela sua condição clínica, pois, entre outras coisas, eles se sentem forçados a usar a medicação, quando prevalece um sentimento de impotência, porque se veem limitados quanto ao exercício pleno de suas atividades cotidianas, perdendo, aos poucos, suas perspectivas de futuro.

[...] muitos reclamam quando vêm retirar a medicação, aí, quando é que eu vou deixar de tomar esse remédio, não aquento mais tomar esse remédio! Mas tomam, então é um mal necessário. [...] eles precisam da medicação para ter uma qualidade de vida melhor, mas em contrapartida muitos não aderem. Alguns deixam de tomar a medicação no final de semana pra beber. É uma coisa que pesa para eles, mas eles sabem que se eles não tomarem aquilo, a qualidade de vida deles vai estar toda comprometida (Farmacêutica 2).

Outros tomam tudo errado, sabem que estão tomando errado e não aceitam a doença, não aceitam que tem que tomar o remédio direito. Acha que o próprio remédio já está deixando ele mais doente ainda (Farmacêutica 3).

A característica bivalente é comum a todos os medicamentos, independentemente de técnica e estudos empregados para sua obtenção e comercialização. Todo e qualquer medicamento, ao ser usado, pode resultar em benefícios ou prejuízos (SOUZA, 2013; WENG et al., 2013). Os pacientes, em sua maioria, creem que apenas por meio do consumo alcançarão uma melhora de saúde. Devido a esse entendimento, não compreendem que é necessário associar ao uso alimentação saudável, prática de exercícios físicos, entre outras atitudes.

Alguns entendem que o medicamento é a seiva da vida, acham que somente o medicamento vai trazer todos os benefícios sem que ele também tenha que assumir uma responsabilidade pela sua melhoria de qualidade de vida, ou seja, fazer exercícios físicos, dietas e assim por diante, alguns têm essa impressão. E outros entendem claramente que aquilo é uma ferramenta para melhoria da saúde, entendem a responsabilidade de se tomar o medicamento nos horários e nas doses certas, e entendem que precisam também fazer outras coisas pra que o medicamento vá surtir o efeito desejado, como por exemplo a dieta, respeitar os horários, assim por diante (Farmacêutico 5).

[...] para o paciente, o medicamento é a única salvação, a gente sabe que não é bem assim, e é muito difícil lidar com isso nos dias de hoje, eu acho que isso é um grande desafio, tentar mudar esse paradigma, por exemplo: um paciente que tem dificuldade de dormir, e ele só vê no comprimido a solução para esse problema, mas aqui a gente tem outras alternativas. A gente pode oferecer pra ele uma intervenção do educador físico e ele ter o problema dele amenizado, mas ele não quer, ele quer o comprimido pra dormir (Farmacêutico 10).

Em virtude disso, o farmacêutico costuma ser pressionado para que prescreva, pelo menos, um medicamento. O paciente fica revoltado e frustrado quando nada é prescrito ou quando, no lugar de um medicamento, é sugerida uma terapia alternativa etc.

A figura do medicamento é muito forte, é um símbolo muito forte para o paciente. Então às vezes, quando o paciente vai em uma consulta com algum profissional e ele não receita, o paciente ele às vezes fica até aborrecido de alguma forma, às vezes alguma mudança de estilo de vida já seria o suficiente. [...] existe uma pressão, uma intimação até muito grande sobre o prescritor para que ele prescreva um medicamento (Farmacêutico 4).

Os participantes declararam que, costumeiramente, percebem que o paciente está fazendo uso inadequado da medicação, após o início do tratamento, durante a dispensação de continuação, quando é comum alguns retornarem muito antes ou depois do prazo definido para o retorno.

Às vezes querem pegar bem antes da hora e falam que acabou que não tem. Minha senhora, faltam vinte dias, como que acabou? Ou tá tomando a mais, emprestou ou deu para alguém. Tem aqueles que já tem dez, quinze dias que era pra ter voltado e não voltou ainda, às vezes até mais, vem um mês depois. Agora têm uns que são o contrário, tem uns que tomam demais e vêm antes dá hora (Farmacêutica 11).

Além do insucesso da farmacoterapia prescrita, da ocorrência de reações e problemas relacionados ao uso da medicação, outro desdobramento de atitudes e decisões dos indivíduos em não seguir de maneira exata o que foi previamente acordado e prescrito é o desperdício de medicamentos. Há várias inter-relações possíveis entre a não

adesão ao tratamento por parte do paciente, a falta de controle da dispensação por parte do farmacêutico e a ausência de um acompanhamento etc.

Eu sei que eles pegam o remédio, se tomam direito eu não sei (risos). Porque eles vêm pegar sempre na data. Só que às vezes me surpreendem, igual um senhor que pegava insulina aqui direto, e pra mim tá tomando, daí a pouco a mulher dele volta com uma renca de seringa. [...] eu não entendo muito esse pessoal, parece que só quer pegar o remédio (risos). Você vê umas histórias assim, e você pensa, gente eu não acredito. Hoje mesmo me devolveram trezentos e cinquenta comprimidos de gliclazida, o médico foi passando, ela pegava e não tomava, e aí venceu. Outro me devolveu duzentos e cinquenta vencidos e os outros vieram sem vencer. É assim volta e meia, isso aqui tudo enche de remédio vencido (Farmacêutica 9).

Eles banalizam e dão pouca importância. [...] não vai nem usar mais tá pegando três, quatro vezes, e volta pra pegar, mas tem muita devolução também (Farmacêutico 12).

Os entrevistados atribuíram o comportamento dos pacientes ao seu nível intelectual e cultural, mas houve quem discordasse, afirmando que necessariamente não há essa associação, pois também deparam com pacientes que possuem um maior grau de formação e também apresentaram dificuldades. Por isso, há várias questões que devem ser consideradas, como a complexidade da farmacoterapia prescrita, as limitações físicas etc., mas ambos afirmaram que, durante a abordagem, adaptam a linguagem, a postura e as atividades (incorporando estratégias, incluindo pictogramas, código braile etc.) ao contexto do paciente.

É um olhar muito simplista do paciente para o medicamento. Há um baixo nível cultural, aí você começa a conversar, e aí como é que você está fazendo? Qual é a cor que você está usando? É esse colorido? E aí você vai vendo (Farmacêutico 12).

Mas não necessariamente, tem muito paciente, com bom entendimento, culturalmente falando, mas que é assim e pensa assim também. Eu acho isso pior (Farmacêutica 1).

Depende muito da pessoa, da farmacoterapia, do nível de entendimento da pessoa, tem coisa que a gente tem que literalmente desenhar, a pessoa não lê Já fizemos uma vez alto-relevo porque a pessoa não enxergava (Farmacêutica 7).

Uma das entrevistadas alegou que essas dificuldades são superadas quando os pacientes são inseridos no Cuidado Farmacêutico.

[...] os pacientes eles são doutrinados depois de um acompanhamento farmacêutico e um atendimento profissional bem feito. Eles começam a entender os problemas, os riscos, os benefícios e os custos-benefícios (Farmacêutica 1).

Para Oliveira (2013), a compreensão da experiência farmacoterapêutica subjetiva e dos significados conferidos aos medicamentos pelos pacientes consiste em uma das mais importantes contribuições do profissional farmacêutico no processo de prevenção, identificação e resolução dos PRM. As experiências e os significados estão entrelaçados aos insucessos, podendo até ser, em alguns casos, a principal causa. Essa compreensão é parte estruturante da prática diária dos farmacêuticos durante o Cuidado Farmacêutico, pois tal entendimento torna a prática mais efetiva, ao passo que as decisões e as recomendações tornam-se contextualizadas na realidade singular do indivíduo.

Não houve relato de dificuldade por parte dos pacientes e farmacêuticos de ilegibilidade da prescrição médica, uma vez que, na rede pública de saúde do Município de Vitória,

[...] as receitas são todas eletrônicas e na denominação comum brasileira (Farmacêutico 4).

Os participantes foram unânimes em afirmar que os pacientes preferem se dirigir até a farmácia das unidades para retirar a medicação a comprá-la em um estabelecimento privado; pode-se atribuir esse comportamento inicialmente ao nível econômico, social e cultural dos sujeitos, entretanto os entrevistados declararam que dá-se preferência aos medicamentos gratuitos até nas unidades dos bairros nobres.

Eles sempre preferem buscar aqui. [...] eu vejo pouco isso, raramente. [...] aqui como é uma região mais carente eles realmente dependem do serviço, eles não têm condições de adquirir fora (Farmacêutico 4).

Aqui quanto menos ele puder comprar é melhor pra ele, eles têm essa noção clara e evidente (Farmacêutico 5).

[...] Por causa da questão financeira dos pacientes, a maioria se o remédio for pra pegar aqui, eles vão pegar (Farmacêutica 3).

Quanto mais eles puderem pegar de graça eles querem, independente se vão usar ou não, se têm em casa ou não. Pra eles, tudo o que é dado é melhor (Farmacêutica 6).

Eles não se importam com essa questão de ser SUS, mesmo porque tem unidades em bairros nobres, e eles usam e acessam bastante a unidade de saúde (Farmacêutica 2).

Igualmente, destaca-se que o SUS ocupa um papel de notável relevância no que concerne ao acesso aos medicamentos essenciais e ao atendimento de qualidade à

população, considerando que a iniquidade na distribuição da renda entre as famílias do país contribui para que o mercado farmacêutico privado tenha a infeliz tendência de excluir grandes segmentos sociais no tocante aos benefícios que podem ser providos pelos produtos farmacêuticos. Além disso, nos últimos anos têm aumentado os esforços do setor público em atender à demanda crescente por medicamentos (GUERRA JÚNIOR; ACURCIO, 2013). Portanto, poder-se-á sugerir que há uma relação entre o nível econômico, a acessibilidade e a qualidade do medicamento ofertado.

#### **4.3.4 A Integralidade na relação cotidiana com os demais profissionais**

O sucesso de um tratamento não se limita apenas à terapêutica medicamentosa. O apoio de uma equipe multidisciplinar é vital para o alcance do resultado almejado, pois cada profissional, dentro da sua área de especialidade, tem muito o que acrescentar e contribuir nesse processo (PEPE; CASTRO, 2000; FRANÇA FILHO et al. 2008).

É sabido que o Cuidado Farmacêutico consiste em uma prática clínica que demanda interações multiprofissionais, uma vez que o processo de cuidado ao paciente requer, entre outras coisas, aproximação e comunicação para troca de informações entre os profissionais membros das equipes (ROSSIGNOLI; GODOY; CORRER, 2013). Outrossim, tem crescido, em todos os níveis de atenção, a necessidade do trabalho em equipe para o alcance de abordagem integral dos fenômenos que influenciam a saúde da população (UCHÔA et al., 2012). Um bom relacionamento interpessoal precede à integração entre os trabalhadores e agir em equipe rompe com a cultura hegemônica centrada na divisão vertical hierarquizada de trabalho no âmbito do processo saúde-doença (AYRES, 2005). Nesse sentido, arguimos os entrevistados sob a sua relação interpessoal com os demais profissionais das unidades.

Em suas falas, afirmaram manter uma boa relação com os demais profissionais e demonstraram que compreendem isso como sendo algo imprescindível para a execução das atividades individuais e coletivas. Outrossim, ressaltam que o bom relacionamento gera satisfação em trabalhar na unidade, a despeito das limitações.

Muito boa, aqui eu percebo que todo mundo dentro da sua capacidade e dentro da sua limitação, todo mundo tem seus limitantes aqui, todo mundo se

esforça muito aqui para dar o melhor de si. Aqui tem profissionais muito bons, eu gosto muito de trabalhar aqui (Farmacêutica 2).

É muito boa, existe uma interação muito boa entre os profissionais aqui (Farmacêutico 4).

Não tenho dificuldade de tá junto com os demais profissionais não. Consigo, não tem problema (Farmacêutica 9).

Uma das entrevistadas salientou que sempre estão buscando manter uma relação amistosa e, desta forma, tentam evitar situações de conflito, além de sustentar uma postura de empatia com os demais colegas, contribuindo, sempre que possível, para a execução das tarefas, resultado similar ao encontrado por Uchôa e outros (2012).

A gente procura ter um comportamento ético com os colegas e assim não participar de coisas paralelas entende? E aquele trabalho assim de você ajudar mesmo o outro, ajudar com que o trabalho seja executado e assim eu procuro me colocar no lugar do colega (Farmacêutica 8).

Alguns entrevistados se referiram ao bom relacionamento que mantêm com os demais profissionais, discorrendo sobre o diálogo, as discussões e o trabalho em equipe, sempre profícuos. Pontuaram que parte dessa abertura só é possível graças à forma como é organizada a atenção primária.

Eu tenho um relacionamento muito bom com os médicos, eu tenho uma aceitação muito boa deles. Questão de conversa com eles mesmo, de discussão em reunião de equipe, não só os médicos, mas psicólogos, assistentes sociais, já aconteceu de eu atender junto com a psicóloga paciente, da assistente social me encaminhar paciente. E eu encaminhar paciente pra ela. Assim, eu não tenho do que reclamar, a questão ao acesso aos outros profissionais é muito boa (Farmacêutica 3).

É uma relação boa. Essa questão do NASF a gente consegue permear os outros setores não só com o médico e enfermeiro, mas com a assistente social, psicólogo, com o educador físico, a fonoaudióloga, então a gente consegue, a gente tem essa abertura pra essa troca de saberes (Farmacêutico 10).

A junção de saberes, forças e práticas, a harmonização de atuações e o reconhecimento do saber do outro e das diferenças reduzem as zonas de incultura e favorecem a orquestração do trabalho em saúde (SILVA; MIRANDA; ANDRADE, 2017). O sentimento de que cada trabalhador é essencial para a realização do serviço fortalece a noção de pertencimento à equipe de saúde que, por sua vez, os torna mais comprometidos, não obstante tenham que ir além dos lindes próprios de seus campos de saber e de atuação. O farmacêutico une-se aos demais em prol de um fazer coletivo, tal qual uma orquestra, em que os músicos, munidos de instrumentos de

formatos e sonoridades diferentes, executam a obra, sem se importar se a sonoridade do instrumento é discreta ou se sua participação se limita a poucos movimentos, pois há a consciência de que são parte fundamental para a execução (PEREIRA, 2011 apud SILVA; MIRANDA; ANDRADE, 2017).

Uma das entrevistadas reconheceu que, em virtude dos muitos anos de trabalho na mesma unidade com poucas alterações no quadro de funcionários, os trabalhadores passaram a ter, entre si, muito mais que um vínculo profissional, mas uma conexão afetiva, o que contribui sobremaneira para uma boa relação entre eles.

Aqui é muito tranquilo, mesmo porque eu estou aqui tem muito tempo. Então assim, muita gente entrou junto nesse concurso de 2007 e a gente já tem assim, além de vínculo profissional, vínculo afetivo. Aqui é muito tranquilo nesse sentido (Farmacêutica 7).

Às vezes, após provocação ou de forma espontânea, em momentos distintos das entrevistas, os participantes da pesquisa foram instados a apontar a classe profissional com a qual havia mais dificuldade de estabelecer uma relação frutífera, pautada na filosofia do trabalho em equipe. Afirmaram possuir uma relação proveitosa, baseada no diálogo e no trabalho em equipe, com todos os profissionais que a compõem.

Aqui eu não tenho problema com nenhum tipo de profissional aqui não (Farmacêutica 6).

Assim eu nunca tive, tanto enfermagem, quanto médico, a gente tem um bom relacionamento, tanto aqui como em outras unidades, assim eu nunca tive problema (Farmacêutica 8).

Não, eu nunca tive nenhuma dificuldade não, sempre tive muita facilidade para diálogo, pra algum tipo de intervenção (Farmacêutica 11).

Olha, sinceramente eu não vejo dificuldade com grupo profissional, todos aqui são muito abertos para discussão e interação. Não vejo essa dificuldade. O ambiente de trabalho é bom (Farmacêutico 4).

Aqui eu não vejo dificuldade nenhuma de acessar nenhum profissional não. Aqui a gente tem uma abertura boa com todos eles. Não enxergo dificuldade. [...] eu saio da farmácia e vou direto ao profissional que eu preciso, ou eu espero a reunião de equipe e comunico a toda equipe uma questão que eu acho precisa ter uma atenção integrada (Farmacêutica 2).

Aqui na unidade de saúde não tem esse problema, até porque nós temos a prática aqui dentro da estratégia da saúde da família de fazer as reuniões de equipe, então há uma proximidade muito grande entre os profissionais. Não há nenhuma dificuldade em um determinado momento em propor intervenções, em dar sugestões, na verdade isso inclusive é solicitado a mim praticamente a todo o momento, quando há uma dificuldade maior em relação

à condição de saúde de um determinado usuário, não só em relação a medicamentos, mas de uma forma geral (Farmacêutico 5).

Apenas uma das entrevistadas mencionou que a classe médica seria a mais difícil para se firmar um vínculo interpessoal, devido ao perfil pessoal dos indivíduos que possuem essa formação. Mas, em ressalva, discorreu que na unidade onde trabalha isso não representa um problema, porque estão sempre trabalhando em conjunto e atribui isso aos anos de convivência.

De uma forma geral médico costuma ser... dar mais trabalho, de uma forma geral. O problema não envolve nem diretamente às vezes a classe, ele envolve muito o profissional. Mas aqui na unidade não, eu tenho um bom acesso aos médicos daqui. Talvez seja porque a gente trabalha junto há muito tempo, então é fácil. Eu encaminho o paciente às vezes para o médico, os médicos às vezes me encaminham. Agora, assim eu te disser hoje qual a classe é meio complicado porque eu... não é problema (Farmacêutica 3).

Outro participante também refere que, por vezes, tem dificuldades de estabelecer uma boa relação médico-farmacêutico.

Já! A gente já teve médico aqui que foram pessoas difíceis de lidar com essa questão de trabalho em equipe. [...] Olha, o porquê, no geral pela característica da unidade de saúde, o enfermeiro já tende a trabalhar mais em equipe, o enfermeiro, o assistente social, o psicólogo, eles trabalham muito obtendo informações, inclusive eu participo muito com os enfermeiros em consulta compartilhada, então a gente trabalha muito junto. O médico agora está com um quadro bem legal, mas é um pessoal, uma classe mais difícil de trabalhar, é difícil negociar essa questão de medicação, mostrar que o paciente às vezes está tendo problema, está tendo reação. [...] O pessoal mais jovem, os médicos mais jovens são mais fáceis de trabalhar, tem a cabeça mais aberta. A gente tinha médicos idosos antes, então é mais complicado (Farmacêutico 12).

Para Santos e Giovanella (2016), a origem do problema está na inadequação no modelo de formação médica, que impõe barreiras no agir integralmente em saúde. Segundo Anderson e Rodrigues (2012), um médico com formação humanista necessariamente não pratica a medicina biopsicossocial. O profissional em questão pode ser ético e cuidadoso, mas pode negligenciar o conhecimento advindo de outros campos de saber. Em tese, o médico deve sempre agir a partir de uma visão integral do indivíduo, evitando abordagem unidimensional e compreendendo que a integralidade não exclui a racionalidade anatomoclínica, mas acrescenta valor e eficácia a ela.

Uma das entrevistadas com mais tempo de experiência, no decorrer da sua fala, corroborou o depoimento do colega, no que diz respeito ao perfil pessoal. Além disso, contou algumas de suas experiências vividas, casos em que o médico, após ser alertado (intervenção), relutou em alterar a prescrição, gerando situações de conflito, a ponto de desanimá-la de atuar com seriedade. Após isso, quando depara com um profissional que resiste em interagir para esclarecer algum ponto da prescrição com a qual aparentemente não está de acordo; em refletir sobre a substituição de um medicamento por outro; em agir sobre a necessidade de aumento ou diminuição da dose etc., acaba dando resolução a essas questões de forma independente.

[...] eu acho que às vezes nem é uma classe, eu acho que às vezes é o perfil pessoal de cada profissional, eu acho porque você tem médico que... Não! eu prescrevi isso, se vai matar ou não... Ah mais vai matar! Mas é isso que eu quero que você faça (risos). Eu lembro até hoje de quando eu fui trabalhar em Santo Antônio e eu fiquei tão decepcionada, a gente chega assim todo cheio das coisas, o médico passa lá um vidrinho de amoxicilina, aí eu fui lá. A dosagem que ele fez diária não dava nem sete dias de tratamento de antibiótico, aí eu fui lá saber quanto tempo, pra eu saber quantos frascos eu ia dar, aí ele: Ah, é só um vidrinho mesmo, a gente não tá tratando nada mesmo (risos). Aí como é que você vai se sentir estimulada querendo fazer alguma coisa? Não dá, né (risos), você pega na primeira vez logo um profissional assim. Aí, quando eu vejo um profissional meio assim, eu penso: ah ele quer passar isso? Parabéns, vai embora! (Risos). Às vezes eu falo eu se fosse você nem usava esse remédio. Esse remédio não vai resolver nada, ou às vezes a gente vê uma dose que é uma dose que não vai ter um resultado esperado: você pode aumentar essa dose, aí que isso assim não vai resolver não. Eu falo com o paciente de boa, porque você vê um negócio que vai fazer cosquinha e não vai resolver nada, você vai dispensar um negócio à toa, se você vê que o paciente não tem justificativa pra uma dose tão baixa, então às vezes a gente tem aquele médico que não trata nada, só prescreve e às vezes não está nem preocupado realmente se o paciente vai ficar bom ou ruim. É só fazer a receita (Farmacêutica 9).

Em face do exposto, constatamos que a dificuldade de uma relação entre esses profissionais pode estar relacionada com o modelo assistencial hegemônico e ainda vigente, notoriamente reducionista, biologicista, individualista, centrado unicamente na doença e na cura, e que nega o conhecimento do outro, engessando as ações de saúde e produzindo um cuidado fragmentado, desigual e não integral, porquanto concebe profissionais sem aptidão para integralidade (ALVES, 2005; SANTOS et al. 2015; DINIZ et al, 2016). Destacamos que a comunicação entre os profissionais é imprescindível no que tange à Assistência Farmacêutica e, em especial, à promoção do uso correto da medicação. Ao longo do tratamento, é comum que o paciente faça, de modo indevido, a descontinuação do tratamento; omita doses; apresente

dificuldades no acesso e descumpra os horários. Portanto, ao deparar com essas situações, não deveria ser incomum discutir-se a harmonização do tratamento, pois essa atitude mostra-se fundamental para garantir a integralidade do cuidado e a resolutividade das ações em saúde (PEPE; CASTRO, 2000; FRANÇA FILHO et al. 2008; DELLAMORA; CAETANO; CASTRO, 2012; ROSSIGNOLI; GODOY; CORRER, 2013).

Outrossim, as relações entre os profissionais devem ser simétricas, viabilizando a colaboração mútua e a definição clara de responsabilidades, visto que o cuidado nada mais é do que o somatório de várias ações (de diversos profissionais) que se complementam, de maneira negociada, em uma relação de mutualidade e reciprocidade, com esforço de aproximar e integrar os conhecimentos para formar uma trama de atos, fluxos, ações, procedimentos, rotinas e saberes que são múltiplos. Ao mudar o foco de ações e serviços de saúde para as demandas individuais e coletivas dos pacientes, procura-se visar ao cuidado integral, à produção de relações de acolhimento, à responsabilização e ao vínculo, tanto entre os profissionais quanto entre os profissionais e usuários (VILELA; MENDES, 2003; SILVA; TAVARES, 2004; CORRER; OTUKI, 2013; ROVER, 2016).

#### **4.3.5 Os entraves cotidianos e o anseio pela integralidade**

No que tange às limitações estruturais, os sujeitos participantes também descreveram o ambiente em que se encontravam, concernente à área física, aos equipamentos, aos mobiliários, à conectividade etc. Ao ouvi-los falar sobre o que lhes foi perguntado, abriram-se caminhos para uma compreensão melhor sobre o trabalho que desempenham em seu dia a dia. Parte dos participantes assinalou que a infraestrutura é adequada — situação que coopera para a oferta do serviço de forma humanizada —, entretanto salientou que essa não é a realidade encontrada em todas as unidades.

Essa nossa unidade tem uma estrutura boa. Essa unidade tem estrutura boa, a estrutura física né, a estrutura que a gente tem, por exemplo eu tenho essa sala que é o consultório, é aqui que eu atendo os pacientes no caso do atendimento individual de consulta farmacêutica, e a gente tem vários consultórios médicos, o espaço da farmácia é adequado, a iluminação, enquanto com relação à parte física a gente não tem muito problema não. Isso não é realidade em várias outras unidades, tá! (Farmacêutica 3).

No tocante a essa fala, outra entrevistada ressaltou que na farmácia onde está alocada no momento presente, há de fato condições estruturais para um atendimento clínico-farmacêutico humanizado, mas, em um passado recente, a farmácia onde trabalhava não possuía tais condições.

Aqui sim, é perfeita. [...] de onde eu vim não, porque eu não tinha um consultório para mim, só tinha uma mesa, não era privativo. Mesmo assim eu fazia, mas não era ideal. E muitos não são, aqui não, a dispensação é separada com guichê, tem consultório, tem uma sala para almoxarifado interno, para guardar os medicamentos que a gente não coloca na prateleira, aqui sim, são as chamadas farmácias da família esse modelo novo (Farmacêutica 1).

O modelo de farmácia o qual a participante se refere foi concebido em 2001 e premiado pelo Ministério da Saúde, em 2003, na categoria novos projetos na área farmacêutica, recebendo em 2004 o prêmio David Capistrano. Nesse período, as farmácias incluídas no programa passaram a ter uma infraestrutura adequada, com ambiente climatizado e humanizado, área física superior a 50m<sup>2</sup>, atendimentos em guichês, sala de atendimento farmacêutico, sala de espera, sistema informatizado e a presença do farmacêutico durante todo o período de funcionamento (CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2004).

Segundo Correr e Otuki (2013), de forma gradativa as farmácias públicas têm adequado seus espaços para proporcionar uma recepção mais humanizada, com área de espera, espaços para atendimento privado ou semiprivado, adquirindo maior responsabilidade social. No balcão é até aceitável informar os pacientes e dialogar com eles sobre alguns pontos de suas prescrições; no entanto, algumas questões requerem acolhimento em um ambiente mais privativo. Nesse caso, os guichês têm sido adotados para criar um espaço semiprivado, nos quais os pacientes ficam de frente com o profissional e ambos sentados, o que confere um maior conforto e privacidade, além de propiciar um tratamento mais acolhedor e humanizado. Nesses espaços, é possível a realização de consultas farmacêuticas para um pequeno número de serviços clínicos, como a dispensação especializada e o manejo clínico de transtornos menores, conquanto salientem que essa não é a realidade em muitas farmácias.

Outro entrevistado, embora sem possuir um consultório farmacêutico vinculado à farmácia, disse considerar a infraestrutura adequada, pois conta com equipamentos e

sistema informatizado que está interligado a toda a rede municipal, o que permite o bom desempenho de sua função, como o monitoramento da movimentação do estoque e o acesso ao prontuário do paciente. Existindo a necessidade, há possibilidade de utilizar um dos consultórios da unidade.

A infraestrutura ela é boa. O que eu tenho como equipamento físico pra trabalho é muito bom, eu tenho prontuário eletrônico, eu tenho sistema de informações, além do prontuário eletrônico que me dá todo o histórico do usuário em relação a sua aquisição de medicamentos na unidade de saúde, ao caminho que ele percorre nas unidades que são próprias do Município, eu tenho, enfim, enquanto dispositivos estruturais aqui, armários, geladeiras, isso pra mim não é o problema, não é nenhum problema. A única coisa que na verdade eu não tenho aqui vinculado à farmácia, mas se eu quiser utilizar eu tenho como, é um consultório farmacêutico, eu não tenho um próprio consultório, mas eu tenho como dividir o consultório com os profissionais de saúde em determinados momento (Farmacêutico 5).

Outra parcela dos entrevistados apontou e enumerou uma série de limitações físicas e estruturais de seu local de trabalho. Tal situação, segundo eles, influencia na organização do ambiente e na prática profissional, visto que não há um espaço que garanta a total privacidade do paciente, inviabilizando a prestação de serviços clínicos farmacêuticos.

A infraestrutura do prédio em si ela é ruim, ela não se enquadra ainda no padrão das unidades novas [...], mas a estrutura é ruim, a farmácia é pequena, não tem almoxarifado na farmácia, não tem o consultório da farmácia, como nas unidades novas que já tem a sala do farmacêutico. Então pra ter um atendimento onde às vezes você precisa fazer uma pergunta mais íntima para o paciente, você fica limitado a não perguntar. Do lado tem mais duas colegas, duas assistentes de farmácia que trabalham comigo, que estão atendendo outros pacientes no mesmo ambiente, então isso limita um pouco qualquer tipo de intervenção ou alguma pergunta que você precisa fazer para o paciente. A gente não tem o almoxarifado da farmácia [...]. A partir daí, temos as implicações. A gente não tem condições de armazenar de forma adequada os medicamentos, ficam em caixas encostados na parede, no chão, então a gente não se adapta nem a uma resolução técnica (Farmacêutico 10).

A estrutura não ajuda. [...] pra eu ter uma oportunidade de trabalhar da forma como eu gostaria, só se eu mudasse de local de trabalho (Farmacêutica 2).

A ausência ou a inadequação da infraestrutura compromete a integralidade das ações, pois é justamente ela que propicia a prestação dos serviços (DINIZ et al., 2016). O atendimento farmacêutico, em especial a consulta farmacêutica, requer que, na farmácia, exista um local que disponha de um mínimo de privacidade, pois há situações em que o balcão e os guichês não reúnem condições necessárias que garantam o sigilo e a atmosfera de confidencialidade. Os consultórios farmacêuticos

são, sem sombra de dúvida, o melhor local para que o atendimento seja efetuado, de maneira que outros pacientes não venham a ouvir o conteúdo da consulta farmacêutica. Do contrário, será algo desprovido do profissionalismo exigido, podendo inibir o paciente. Apesar de parecer uma questão menor, faz uma enorme diferença (CORRER; OTUKI, 2013).

Um dos entrevistados, além de citar as limitações estruturais, reportou que a farmácia funciona em um ambiente adaptado que, no passado, era um consultório, como também a farmácia era ainda menor.

Muito pequena, não tem sala de atendimento farmacêutico, falta espaço aqui. O que a gente tem é só isso aqui, o que a gente consegue ainda, esse armário e essas prateleiras. [...] Isso aqui era um consultório, foi adaptado para ser uma farmácia, a farmácia ainda era menor que isso aqui antes de eu chegar. Então aí foi adaptado (Farmacêutico 12).

Chamou-nos muita atenção o discurso de uma das entrevistadas com maior experiência, que frisou ser a primeira vez em que está trabalhando em uma farmácia que dispõe de um espaço adequado, embora não ofereça os serviços clínicos farmacêuticos da forma como é preconizada.

Eu falo que há 16 anos que eu trabalho na prefeitura, é a primeira vez que eu estou trabalhando em uma unidade com farmácia legal, que tem sala de dispensação, a gente tem estoque e essa sala aqui teoricamente é a sala do farmacêutico onde eu faria uma consulta farmacêutica, mas me pergunta se eu dou conta de fazer? Não consigo e ainda não tem a cultura. Porque às vezes o colega te procura ou encaminha alguém pra você orientar o remédio, pra perguntar qual remédio que tem, qual que vai ser melhor, mas assim eu acho que a gente acaba ficando devendo porque a gente poderia fazer mais entendeu? Mas eu acho que não é uma questão do farmacêutico, eu sei que tem farmacêutico na rede que faz um trabalho bem legal, consegue, né, fazer esse trabalho (Farmacêutica 9).

A RDC nº 44, de 17 de agosto de 2009 discorre sobre as características necessárias para o ambiente destinado à AF (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2009). Segundo a Agência, o ambiente destinado à clínica deve dispor de espaço específico diverso daquele destinado à circulação de pessoas e à dispensação, podendo ser adaptado, porém deve garantir sobretudo a privacidade e o conforto dos sujeitos, dispondo de espaço, mobiliário e infraestrutura compatível com o que se pretende ofertar. Nesses espaços, medicamentos podem ser administrados (nebulização e injetáveis), parâmetros fisiológicos aferidos (temperatura e pressão

arterial) e bioquímicos (glicemia capilar), devendo todo o atendimento ser documentado.

Acerca desse aspecto, arguimos os participantes com mais anos de experiência sobre a realidade das farmácias na época em que foram admitidos na prefeitura. Em resposta, destacaram a precariedade da infraestrutura, cujo espaço destinado à farmácia era de extrema pequenez e o contato com o paciente era mínimo; por conseguinte, desumanizado. Isso era visto com naturalidade.

Era muito pior. Não existia sala de farmacêutico [...]. A farmácia era da largura desse armário, uns dois metros e pouco ou menos, era isso daí, era isso que a gente tinha, então era uma coisa exígua, muito pequena, era só uma porta, e era aquela janelinha que você abria, e todo mundo ficava em pé, não era humanizado, era desumano. [...] não tinha aonde armazenar as fichas de registro, porque mal, mal dava para armazenar um mínimo de medicamentos (Farmacêutica 8).

Péssima (risos) [...]. Não tinha ar condicionado, era ventilador pra quem tinha, os armários, tinha uns armarinhos assim de madeira pequeno, continua tendo né, só para os controlados, a bancada e prateleiras de alvenaria [...] Aquilo era normal [...] era bem pequena, não adequada, mas a gente conseguia manter e evitar colocar as coisas no chão, a gente conseguia botar numa prateleira, às vezes quando a gente fazia pedido dobrado [...] aí não tinha jeito e as caixas de vidro iam para o chão porque não tinha palete e nem lugar de botar palete [...] (Farmacêutica 9).

Apesar das adversidades impostas pelas limitações da estrutura, que restringiam um contato direto entre o farmacêutico e o paciente, curiosamente alguns pacientes tinham o hábito de ir até a farmácia apenas para conversar com a farmacêutica.

[...] tinha uns pacientes que esperavam a fila acabar pra chegar lá naquela janelinha pra ficar conversando com a gente (risos). Tinha um paciente que era muito engraçado esse paciente, ele ia todo o dia lá, eu não quero nada, eu só quero conversar com você, ficava lá conversando comigo e ia embora (risos) (Farmacêutica 9).

Além do mais, nem todas as farmácias possuíam farmacêuticos e assistentes, estes últimos, em geral, eram funcionários em desvio de função e, em alguns casos, tinham que se dividir entre as suas funções na farmácia e as suas de fato.

Uma unidade tinha, a outra não, a outra tinha, mas duas não, e assim ficava, e o assistente de farmácia nós não tínhamos. [...] quando a gente tinha sorte, a gente conseguia um auxiliar de enfermagem, ou algum assistente técnico e aquela pessoa passava a trabalhar na farmácia, então era um desvio de função, alguns profissionais aceitavam, outros não. Então às vezes [...] a enfermagem precisava do serviço daquele profissional e ele não podia ficar na farmácia, ou então ele se dividia, então a situação nossa de RH era muito pior, hoje sem dúvida melhorou muito (Farmacêutica 8).

[...] nessa época os auxiliares não eram qualificados [...], era auxiliar de enfermagem [...], auxiliar administrativo, e às vezes a auxiliar de enfermagem tinha que ir lá fazer nebulização e quando eu chegava ela ia embora e eu ficava lá sozinha, às vezes eu trabalhava a maior parte do tempo sozinha também (Farmacêutica 9).

Instigada pela pergunta, mas de forma espontânea, em alguns pontos da entrevista essa participante fez comparações entre o passado e o presente da assistência farmacêutica de Vitória. Em sua fala, destacou a conquista da informatização do sistema, que tornou possível um maior controle sobre a dispensação, além de reduzir o tempo gasto com a escrituração de todo o ciclo. Em contrapartida, convém assinalar que o sistema ao qual a entrevistada se refere não possui as funcionalidades requeridas para a correta inserção de dados oriundos da AF.

Eu falo que hoje a gente conseguiu evoluir. [...] a pessoa consultava ontem e voltava hoje com a mesma receita [...], muitas pessoas iam no médico de uma unidade e em um médico fora, e aí às vezes, antes a gente não conseguia ver isso, que a pessoa vinha de um especialista e pegava um remédio, e aí na semana que vem consultava com um clínico geral e pegava de novo o mesmo remédio, então não tinha controle, agora hoje a gente tem, evoluiu com a implantação do sistema eletrônico [...]. Quando eu entrei a gente fazia os balanços na mão [...] você tinha que contar seu estoque, fazer a programação, fazer o seu consumo médio manual, que não tinha computador, não tinha nada na unidade. [...] era tudo bem sofrido, a gente fazia ficha era de papel que a gente anotava (Farmacêutica 9).

A estrutura é, de longe, um indicador que reflete as condições de uma unidade de saúde, em especial a farmácia, para a realização de serviços clínicos farmacêuticos. Verificar e avaliar essas condições é essencial para definir as mudanças necessárias e viabilizar a oferta contínua e ininterrupta do serviço em questão (FRANÇA FILHO, et al., 2008).

De fato, com o passar dos anos, houve muitos avanços, dentre os quais destacam-se: a regulamentação do SUS, a aprovação da PNM, a criação da ANVISA, a aprovação da PNAF, dentre outras normas legais que contribuíram para o aperfeiçoamento da ASF, assegurando o acesso a medicamentos de qualidade, bem como o uso racional e a assistência terapêutica integral (PORTELA et al., 2010).

#### 4.4 O CONTEXTO INEPTO DAS POLÍTICAS MUNICIPAIS SOBRE A PRÁTICA CLÍNICA FARMACÊUTICA

As políticas públicas voltadas à Assistência Farmacêutica no Brasil foram concebidas em um amplo espectro de discussões, em uma arena cujos atores estavam estreitamente alinhados em torno da agenda. A incorporação das práticas clínicas farmacêuticas no país, em especial no sistema público de saúde — o SUS —, está amparada por diferentes dispositivos legais, emanados de distintos órgãos de poder (OLIVEIRA, ASSIS, BARBONI, 2010; GUERRA JÚNIOR; ACURCIO, 2013; CORRER; PONTAROLO; RIBEIRO, 2013).

No que se refere ao nível municipal, os entrevistados, em sua maioria, afirmaram que há um direcionamento legal no âmbito da AB da Prefeitura Municipal de Vitória, concebida pela Secretária de Saúde, que respalda o novo modelo de prática farmacêutica, comumente denominado Atenção Farmacêutica. Segundo eles, aborda toda a prática, incluindo o agendamento, o número máximo de atendimentos por dia, o seguimento farmacoterapêutico etc. Por outro lado, a diretriz apenas indica e respalda as atividades que podem ser executadas no âmbito da farmácia clínica e não serve de incentivo à prática, já que não dá as condições necessárias para a execução. Em virtude dos fatores limitantes (incompatibilidade no quantitativo de recursos humanos, estrutura etc.), pouquíssimos profissionais conseguem desempenhar todas essas atividades em sua plenitude.

Existe uma diretriz, e lá nessa diretriz ela preconiza o número de consultas que o farmacêutico deve fazer por dia, o tempo dessa consulta, e outras ações também (Farmacêutico 10).

Existe uma diretriz na prefeitura para atendimento clínico, para atuação do farmacêutico na prefeitura e aí lá tem tudo, como é o acompanhamento, o agendamento. Essa diretriz existe como forma de respaldar o atendimento clínico farmacêutico na prefeitura, mas não são todos os farmacêuticos que conseguem fazer o acompanhamento clínico por causa desses problemas que eu te falei, alguns não têm assistentes suficientes, alguns não têm tempo suficiente (Farmacêutica 1).

Tem uma portaria das atividades do farmacêutico que descreve, fala das atividades administrativas, gerenciais, e da parte clínica e aí tem orientação, consulta, o seguimento, tem tudo especificado direitinho. Só que assim, eles colocam as atividades possíveis de serem feitas, mas eles não te garantem condição para fazer (Farmacêutica 7).

O Cuidado Farmacêutico vem sendo introduzido sob diferentes vertentes e variada compreensão, frequentemente sem diretrizes técnicas sistematizadas e sem levar em consideração as características e as particularidades do sistema de saúde, bem como do território (OLIVEIRA, 2013; BISSON, 2016).

Nessa perspectiva, os entrevistados se expressaram sobre a importância de um projeto viável que dê os instrumentos necessários para a implantação e a oferta de um cuidado padronizado e sistematizado.

Eu penso que sim. Justamente porque é daí que vai começar a existir a possibilidade de padronização dessa Atenção Farmacêutica no Município, então se um usuário, por exemplo, mudar de território, ele vai saber que o processo vai ser executado da melhor forma e da mesma forma como ele tinha anteriormente (Farmacêutico 5).

Em contraposição, uma participante julga a padronização como sendo algo que inviabilizaria a oferta, pois iria tornar a prática excessivamente complexa e burocrática.

Eu tenho medo dessa padronização, porque já tentaram fazer uma padronização, o negócio ficou tão complexo. [...] aí não é viável, no nosso dia a dia não é viável. Acaba ficando burocrático, a gente vai gastar mais preenchendo papel (Farmacêutica 3).

Não é demais lembrar que o Plano Municipal de Saúde (2014–2017) ainda vigente, em sua 13ª Diretriz objetiva o “[...] fortalecimento da implementação das diretrizes e regulação da assistência farmacêutica no sistema municipal de saúde” (VITÓRIA, 2013, p. 28), ampliando o acesso e a promoção do uso racional. Além disso, cabe recuperar uma de suas metas para o quadriênio: “Implantar, sistematicamente, o seguimento farmacoterapêutico na consulta farmacêutica e na visita domiciliar em 100% da Rede Básica” (VITÓRIA, 2013, p. 28). Considerando a fala dos participantes da pesquisa, é explícito o acomodamento no campo das intenções.

#### **4.4.1 A exígua participação social**

No decurso de sua existência, os cidadãos desempenham distintos papéis na sociedade, movidos por aspirações, interesses e valores morais singulares. No bojo desse processo, afloram das relações humanas inúmeros conflitos sociais e lutas pelo poder político do Estado, situação muito habitual em uma sociedade democrática. No Brasil, o Estado democrático foi fundado pela Carta Pátria de 1988, reorganizando os

poderes políticos e edificando um espaço para oportunizar a harmonia das demandas e dos interesses provenientes dos cidadãos. No decorrer dos anos, as ações do Estado se modificaram, em virtude da alternância da ascensão ao poder de grupos que representam interesses opostos. Nessa conjuntura, nem todos têm seus interesses e suas demandas contempladas e, dessa forma, há sempre uma parcela da sociedade que acaba sendo desfavorecida (SOUZA, 2006).

Nessa perspectiva, a participação dos cidadãos — nesse caso, em especial dos profissionais farmacêuticos — em todo o processo decisório mostra-se imprescindível, para impedir retrocessos e obter novas conquistas. Partindo desse ângulo, indagamos aos entrevistados se há participação dos farmacêuticos no processo de discussão e criação das políticas que regulam e determinam sua prática cotidiana na PMV.

Para a maioria, há participação, mas, no passado, em outras gestões, era maior, pois eram visíveis, discutiam e contribuía com sugestões etc. Com o passar dos anos, isso foi se tornando cada vez menos frequente. Segundo a maioria, ultimamente só são convidados em situações muito específicas. Uma das participantes declarou que, no presente, quem tem se envolvido com mais frequência são aqueles farmacêuticos de unidades que possuem ESF.

Existe! Existe, poderia acontecer mais. Ela ainda não é suficiente, mas existe (Farmacêutico 5).

Dependendo da situação, sim. Houve uma situação que era o uso dos glicosímetros [...] e a assistência farmacêutica foi convidada, através de representantes, farmacêuticos de algumas unidades (Farmacêutica 2).

Teve uma gestão aí, a gente tinha assim um trabalho bem mais afiado, mas participativo [...]. Porque eu lembro que quando a gente entrou, a gente sempre se reunia com a gerência da assistência farmacêutica, a gente discutia o que seria implantado, como é que seria essa implantação. [...] quem tem sido chamado muito é o pessoal onde tem o NASF, o pessoal lá da saúde da família, como aqui não é, eu não participo (Farmacêutica 9).

Olha, existe as reuniões todo ano de categorias pra discussão de várias questões. Quando existe a discussão de algum assunto é chamado, só que existe poucas discussões hoje em dia. [...] (Farmacêutico 4).

Fazem, quando surge alguma demanda, a gente envia pra lá, eles procuram atender, marcar reunião para discutir [...]. [...], mas nos últimos anos tem sido bem escasso. Há muitos anos atrás tinha reunião mais constante, tinha discussão [...] era tudo discutido e planejado, debatido só que o tempo foi passando e as coisas foram mudando e as reuniões foram ficando assim bem escassas (Farmacêutica 11).

Outros participantes atribuíram a causa também às limitações de recursos humanos, existentes nas farmácias, situação que quase sempre inviabiliza a sua presença nas reuniões, uma vez que a farmácia não pode ficar desassistida.

Eu não sei se o pessoal ficou desanimado até pelo aumento da demanda de trabalho, [...] a última que teve não deu pra ir porque eu estava sozinha na farmácia (Farmacêutica 11).

[...] até por essa dificuldade de RH, porque aí você se ausenta, né, toda vez que a gente tem uma reunião de alguma coisa fica sem farmacêutico no serviço e algumas vezes ele está sozinho, e se ele estiver sozinho fecha a farmácia? Não dá, né! É muito por causa disso. A gente se reunia antes periodicamente, pelo menos uma vez a cada dois meses na reunião dos farmacêuticos, para troca de informações, até pra ver assim, discutir as coisas de processo de trabalho, ver o que está dando certo com o colega que você pode usar também, agora a gente tem menos, a gente teve uma reunião no ano passado só (Farmacêutico 7).

Em contraposição aos demais, pouquíssimos entrevistados afirmaram que não participam do processo de discussão em nível municipal. Disseram que a sua atuação se restringe apenas às decisões que são tomadas na unidade onde estão alocados.

Não, isso não é discutido com a gente. A única coisa que eu participo aqui é do colegiado gestor, aí a gente define fluxo pra dentro da unidade (Farmacêutica 6).

Sem ressalvas, um farmacêutico com menos tempo de experiência de trabalho na Atenção Básica da PMV e outra, com mais anos de trabalho acumulados, afirmaram serem bem participativos.

Existe, é bem participativo. A primeira reunião que eu participei, foi uma reunião para discutir justamente como que seria a gestão e o planejamento para a assistência farmacêutica para esse ano de 2017, e ainda tem algumas reuniões agendadas nesse sentido (Farmacêutico 10).

Convidam, [...] nós temos algumas reuniões também que a gente elabora, faz um plano anual dos trabalhos que nós vamos realizar, nós temos as dificuldades, a gente oferece as propostas para solução e a gente tem um bom feedback da GAF [Gerência de Assistência Farmacêutica] (Farmacêutica 8).

Em outro desdobramento, referiram-se à tentativa frustrada da SEMUS em inserir a farmácia clínica na AB, por meio de capacitação ofertada em seguimento farmacoterapêutico. Segundo eles, a princípio isso não foi discutido com todos os farmacêuticos, o que gerou descontentamento. Uma das participantes lembrou que a gerência optou por um grupo menor, devido à dificuldade de reunir todos os

profissionais da área. Em razão da forma como o processo foi conduzido, muitos farmacêuticos não ofertam o serviço na sua totalidade.

A gestão que tá hoje já tentou formar um grupo menor, porque como é muito farmacêutico, você fazer uma reunião com todo mundo é bem complexo, mas ela já tentou fazer uma reunião com um grupo menor pra gente começar a padronizar o serviço, mas não deu muito certo não. Já teve uma tentativa (Farmacêutica 3).

[...] esse curso aí eu falo que tentaram enfiar pra gente fazer de qualquer jeito, isso não foi discutido com os farmacêuticos e inclusive tem um sistema com as ações dos farmacêuticos com as competências, e eles abriram agenda da gente, cobrando produção e eu falei que eu não vou produzir nada (risos) (Farmacêutica 9).

Os farmacêuticos, ao responderem a essa questão, demonstraram, tanto pelos elementos paraverbais, quanto pela linguagem não verbal, uma certa importância de sua participação nesse processo. Argumentaram que é imprescindível, pois, ao incluir os farmacêuticos no processo decisório, reduz-se a probabilidade de insucesso das deliberações. É eles que vivenciam a realidade da assistência farmacêutica, por conseguinte têm muito o que contribuir, para que as decisões tomadas sejam contextualizadas à realidade singular de cada farmácia das unidades de saúde.

Não tem como não ter, não vai ser fidedigno se quem está na ponta não participar (Farmacêutica 1).

Porque quem sabe da realidade é quem convive com ela. Então simplesmente se eu não tiver um profissional lá que possa discutir sobre o que é realmente, vai ficar muito vago, falam uma coisa, mas a prática é outra (Farmacêutica 6).

Importantíssimo, principalmente para a padronização do trabalho, procedimentos [...] (Farmacêutico 4).

Porque algumas vezes você está no meio do problema, a pessoa que está fora consegue te dar uma ideia mais fresca (Farmacêutica 7).

Sim né. Ué quem vai executar vai ser quem? Então como é que você vai fazer uma política de atenção farmacêutica sem o principal ator? [...] porque eu acho que você tá lá no nível central é muito diferente do que você tá na ponta, você imaginar uma coisa de atendimento é muito diferente de você atender (Farmacêutica 9).

Com certeza. A gente que está na ponta observa muitos problemas e muitas virtudes do sistema, então na parte de assistência farmacêutica, [...] não tem como não ter participação (Farmacêutico 12).

Nessa perspectiva, Dias e Matos (2012) salientam que, infelizmente, vivemos um momento de esgotamento dos mecanismos tradicionais de representação, pois,

apesar de ser um dos princípios da democracia, a descentralização da tomada de decisões ainda tem sido descumprida em diferentes campos, situação que tem diminuído o interesse pela ação política. Ainda segundo os autores, não podemos afirmar que há participação efetiva dos farmacêuticos, se eles não estão incluídos e envolvidos em todas as etapas do processo decisório, na medida em que a participação não se limita apenas às fases iniciais de sugestões, indicações e proposições. Meia dúzia ou menos não garante o pluralismo de ideias e práticas, pois a participação pressupõe o convívio com grupos de interesses diversos que possuem contradições quanto aos seus objetivos e meios de consegui-los. Sjöblom (1984) e Secchi (2015) acrescentam que um problema público só é percebido por aqueles que o vivenciam e, dessa forma, é algo intersubjetivo. Dessa forma, a participação de todos os atores é indispensável para a percepção coletiva.

#### **4.4.2 A inexistência da Prescrição Farmacêutica na Atenção Básica municipal**

Em alguns países, o profissional farmacêutico pode atuar como prescritor, como na Austrália, nos EUA (Estado da Flórida) e na Inglaterra. A concessão desse direito vem sendo discutida na literatura farmacêutica desde os anos 1960, todavia apenas nos últimos 15 anos vem sendo concretizada. Dentre os países que reconhecem esse direito, a Inglaterra é a mais avançada no tema (CORRER; ROTTA; OTUKI, 2013).

No Brasil, a Prescrição Farmacêutica tornou-se uma das atribuições clínicas do farmacêutico há pouco tempo. Essa nova atribuição colabora para uma maior integração do profissional farmacêutico com os demais profissionais do campo da saúde e reforça a sua missão de sempre zelar pelo bem-estar da população. Trata-se de um ato que está inserido no contexto do cuidado ao paciente, conforme o Art. 3º da Resolução CFF nº 586/2013, que define a prescrição farmacêutica como sendo um

Art. 3º [...] ato pelo qual o farmacêutico seleciona e documenta terapias farmacológicas e não farmacológicas, e outras intervenções relativas ao cuidado à saúde do paciente, visando à promoção, proteção e recuperação da saúde, e à prevenção de doenças e de outros problemas de saúde (CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2013b, p. 3).

A prescrição constitui uma das atribuições clínicas do farmacêutico, estabelecida no Capítulo I, Art. 7º, inciso XXVI da Resolução CFF nº 585/2013 (CONSELHO

FEDERAL DE FARMÁCIA, 2013c, p. 5). No tocante à atribuição clínica farmacêutica, perguntamos aos farmacêuticos se, no âmbito da Atenção Básica de Vitória, exercem essa prerrogativa. Foram unânimes em afirmar que não. Segundo eles, essa atribuição ainda não está formalizada e prevista em programas, protocolos, portarias, diretrizes ou normas técnicas, concebidas pela SEMUS. Atualmente, apenas os médicos, os odontólogos e os enfermeiros possuem esse direito outorgado em nível municipal.

Não, porque ainda não tem nenhum aval da prefeitura, então eu como farmacêutica da prefeitura eu não prescrevo. Então aqui a gente é regida por portarias internas da prefeitura, então pra gente prescrever aqui, tem que sair alguma portaria dizendo, regulamentando, como vai ser, e ainda não tem (Farmacêutica 1).

Não, nem eu, nem nenhum farmacêutico. Até o momento não foi passada nenhuma orientação nesse sentido. A diretriz que tem de prescrição no momento é só dos enfermeiros e dos dentistas, em relação a prescrição (Farmacêutica 2).

Não, porque aqui na prefeitura ainda não tem uma diretriz pra isso. Eu não posso prescrever e liberar para esse paciente com minha prescrição aqui dentro da prefeitura ainda (Farmacêutica 3).

Não. Não há diretriz para prescrição de farmacêutico na prefeitura. Existe a prescrição do médico e a do enfermeiro (Farmacêutico 4).

Não. Porque a gente não tem liberação pra isso na prefeitura, por enquanto a gente não tem (Farmacêutica 6).

Não. Porque para a prefeitura eu não sou prescritora (Farmacêutica 7).

Não. Primeiro porque eu acho que isso não tá dentro do SUS, a gente não tem isso. A prefeitura não deu aval, os enfermeiros têm, os farmacêuticos ainda não (Farmacêutica n. 09).

Além da necessidade de outorga na esfera municipal, os farmacêuticos devem estarem legalmente habilitados e registrados no Conselho Regional de Farmácia de sua jurisdição, conforme definido no artigo 2º da Resolução CFF nº 586/2013.

Não, aqui a gente não é autorizada a prescrever. **No caso também eu não tenho pós na parte clínica, formalmente me limita**, mas aqui a gente não é autorizada pelo sistema mesmo, aqui a gente segue legislações públicas municipais (Farmacêutico 12, GRIFO nosso).

Aliás, alguns participantes fizeram alusão ao Art. 5º da Resolução CFF nº 586/2013, segundo o qual o farmacêutico só “[...] poderá fazer a prescrição de medicamentos e outros produtos com finalidade terapêutica, cuja dispensação não exija prescrição médica [...]” (CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2013b), quando lamentaram

que no âmbito da AB de Vitória todos os medicamentos (incluindo os de venda livre) devem estar devidamente prescritos por um médico para serem dispensados.

Não. Não porque hoje dentro da estrutura do sistema público municipal **na atenção primária não existe medicamentos que são isentos de prescrição**. E não há uma diretriz que dá respaldo para o farmacêutico nesse sentido (Farmacêutico 5, grifo nosso).

Não. Porque aqui na prefeitura não tem protocolo que define essa prescrição farmacêutica. **Qualquer medicamento, na prefeitura de Vitória, depende de prescrição médica** (Farmacêutico 10, grifo nosso).

No entanto, o Art. 6º da Resolução CFF nº 586/2013 esclarece que o farmacêutico pode prescrever medicamentos cuja dispensação exija a prescrição médica, desde que exista um diagnóstico prévio ou haja previsão legal em programas, diretrizes, protocolos, normas técnicas, aprovadas no âmbito da Atenção Básica municipal (CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2013b, p. 3). Por força de tudo isso, a formalização mostra-se fundamental. Como é possível observar pelas falas, não há um conhecimento aprofundado sobre o conteúdo dos dispositivos legais aqui discutidos, situação que pode estar relacionada à pouca oferta de formação continuada. Travassos e Martins (2004) e Rover (2016) alegam que um reduzido grau de informação em saúde compromete tanto o acesso aos serviços quanto o padrão de sua utilização, em razão do seu caráter determinante.

Em virtude da ausência ou da carência de assistência, constantemente a população, por conta própria, toma decisões sobre seu tratamento e seleciona terapias que, geralmente, são ineficazes, inseguras e contraindicadas. Ocorrem desfechos negativos no âmbito individual e, de modo indireto, elevam-se os custos para o sistema de saúde, por contribuir para a piora da condição clínica, que gera outros problemas ou até retarda o diagnóstico precoce e o início de uma terapia verdadeiramente efetiva e segura. Conquanto que n, ao que parece, a realidade do Município de Vitória, em muitas regiões do Brasil há várias famílias que, em função de sua condição socioeconômica, têm na farmácia e, em especial, no farmacêutico, a primeira e única possibilidade de acesso ao cuidado à saúde, devido à capilaridade e à distribuição geográfica de estabelecimentos farmacêuticos (CORRER; ROTTA; OTUKI, 2013).

Entre outras coisas, essa nova atribuição contribui para o gerenciamento integral da farmacoterapia, pois se exerce um maior controle sobre os riscos inerentes à utilização dos medicamentos, além das ações visando o seu uso responsável. Foi perguntado aos participantes da pesquisa se eles viam como positiva a prescrição farmacêutica na AB de Vitória. Predominou a incerteza nas falas dos entrevistados, divididos em suas opiniões. Alguns informaram que veem como algo inconveniente devido às condições atuais de seus processos de trabalho, pois contribuiria de forma negativa para o aumento da demanda por medicamentos e, conseqüentemente, aumentaria a carga de trabalho, em meio à ausência de condições adequadas.

Trabalhando do jeito que a gente trabalha se dividindo entre a parte administrativa e clínica, ficaria complicado e ruim de fazer direito (Farmacêutico 12).

Aqui na unidade ao meu ver seria mais uma oportunidade pra dispensação de medicamentos sem nem um mínimo de condições. [...] mais um profissional prescrevendo seria só oportunidade de ter mais gente na fila querendo um medicamento, sem olhar outras coisas (Farmacêutica 6).

Eu não consigo imaginar isso no serviço, porque o serviço já é fechado, na questão na prescrição do médico e existe o enfermeiro como retaguarda para isso. E devido à demanda grande que a gente tem, eu não sei como seria essa questão de prescrição (Farmacêutico 4).

Em contrapartida, há também aqueles que, com ressalvas, analisam como sendo algo que trará benefícios, ao reduzir a demanda médica.

No serviço público eu vejo como positivo, porque é uma forma de você, se tiver estrutura, claro, né, é uma forma de você desafogar a demanda do médico, a gente vê a demanda médica que o farmacêutico com uma capacitação teria condições de atender. Então eu acho como positivo sim. Eu vejo como uma possibilidade de prescrever sempre que houver a necessidade (Farmacêutico 10).

Por fim, uma das participantes opinou que, a princípio, deve-se consolidar as demais práticas clínicas farmacêuticas, que há anos estão sendo discutidas e até então não foram postas em exercício de fato. Inicialmente é necessário consolidar a AF na AB para, em um segundo momento, incluir a prescrição. Na atual conjuntura da assistência farmacêutica municipal, não adianta incluir uma atribuição que ficará apenas no papel. Além disso, afirmou que, até o momento, não vê e não sente necessidade de prescrever.

Eu não vejo tanta necessidade, eu também não sinto necessidade de prescrever. Eu acho que tudo é uma evolução, primeiro tem que conseguir

fazer o acompanhamento farmacoterapêutico, fazer consulta, orientação, pra depois a gente caminhar para prescrição. Porque agora a gente ainda não tem uma segurança clínica ainda pra fazer, porque assim, a prática é muito diferente da teoria, você pode fazer, mas você se sente seguro pra fazer isso? [...] primeiro tem que conseguir implantar a atenção, pra depois a gente pensar nisso, porque senão é mais uma atribuição que a gente vai ter, e não vai conseguir fazer. Não adianta você colocar lá orientação, consulta, seguimento e prescrição, se você não tem condição de fazer nada disso. É melhor ir por partes, tentar consolidar essa parte que já está disposta há muito mais tempo e que até agora ninguém conseguiu [...] ninguém aqui da prefeitura consegue fazer cem por cento, então pra que, que você vai dar um passo muito maior que a sua perna? Você não vai conseguir e você vai criar uma demanda muito grande, porque não adianta nada soltar uma portaria, e encher de gente na sua porta e você não conseguir fazer, porque você vai continuar na dispensação, então eu acho que por enquanto eu não vejo e não tenho essa necessidade e nem interesse em fazer (Farmacêutica 7).

Não há muitos estudos publicados sobre a prática da prescrição farmacêutica na literatura internacional (CORRER; ROTTA; OTUKI, 2013), principalmente no Brasil, em razão da recente regulamentação. Em uma busca rápida na internet, só se encontram artigos e manchetes de jornais que repercutiram a deliberação e as ações judiciais do Conselho Federal de Medicina (CFM) que, desde o início da tramitação do projeto, se posicionou contrário à aprovação. Por fim, em vista do exposto e discutido até agora sobre o Cuidado Farmacêutico, percebe-se que:

[...] há uma evidente importância disso, [...] há uma possibilidade de destaque do profissional quando ele conseguir executar isso na sua... no que é peculiar a Atenção Farmacêutica, acho que isso é impossível de acontecer sem que haja uma... sem que a gestão municipal dê importância a esse processo. Acho que há a necessidade de que alguns profissionais farmacêuticos tenham uma postura um pouco mais ativa em relação ao assunto, e que na medida que isso acontecer vai ser um caminho sem volta, porque a importância desse processo no que tange à melhoria de qualidade de vida do usuário é muito grande (Farmacêutico 5).

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS



*O remédio/medicamento... a vista da janela de uma farmácia.*

Há muitas discussões sobre o tema em questão no campo da saúde, em específico, das ciências farmacêuticas, farmácia clínica, posto que é transversal e multidisciplinar, uma vez que perpassa diferentes áreas de conhecimento e sua base conceitual encontra-se em constante transformação. Questionar e atentar para as respostas dos farmacêuticos sobre a dinâmica de sua prática profissional e seu processo de trabalho mostrou-se um percurso consentâneo para desnudar o contexto e os fatores que limitam e oportunizam o pleno exercício desse profissional no cuidado à saúde na Atenção Básica, sob a ótica da integralidade. Nesse sentido, a abordagem escolhida (qualitativa) foi, de longe, certa.

Ao longo de muitos anos, o papel profissional do farmacêutico no cuidado em saúde foi copiosamente negligenciado. As drásticas e históricas mudanças nos processos produtivos influenciaram e ditaram mudanças nos currículos acadêmicos, que resultaram em um profissional demasiadamente tecnicista, de conhecimentos multicompartimentados e marcadamente descontextualizado da equipe multidisciplinar, sustentando uma relação sem dúvida mais íntima com o “produto tecnicamente obtido” (medicamento) do que com o utente (paciente); no entanto,

quase de modo concomitante, surgia o movimento farmácia clínica. A internalização dos conceitos básicos que compõem e dão sentido ao novo modelo de prática farmacêutica precede a prática e evita que as ações se distanciem do modelo original. Por consequência, com a formação permanente e continuada o discurso estará em consonância com a prática e vice-versa, mantendo-se nos limites próprios da natureza do Cuidado Farmacêutico, não se reduzindo a uma atividade superficial, tecnicista e descontextualizada no âmbito da saúde pública do país.

Ao atuar clinicamente, reencontrando-se com o paciente, de maneira inconsciente, o farmacêutico caminha na contramão da lógica imposta pelo sistema produtivo. A Atenção Farmacêutica, aqui referida como Cuidado Farmacêutico, conforme o discurso coletivo, se constitui na ação integrada desse profissional com a equipe de saúde, ao concentrar suas ações no paciente, visando à promoção, à proteção, à recuperação da saúde e à prevenção de possíveis agravos. Essa atuação transcende a lógica produtiva, na medida em que visa à educação em saúde e à promoção da racionalidade do uso de medicamentos e terapias não farmacológicas-complementares, por intermédio de serviços da clínica farmacêutica e atividades técnico-pedagógicas direcionadas ao indivíduo, aos cuidadores, à família, à comunidade e à equipe de saúde, entre outros. Percebe-se que o novo modelo de prática requer do profissional farmacêutico novas competências, ao exigir um cuidado sob um contexto multidisciplinar, no qual o farmacêutico torna-se responsável pelo bem-estar do paciente ao prover cuidados em saúde.

Embora ainda exista uma certa negligência em relação ao papel do farmacêutico no cuidado em saúde, percebe-se que, de forma assistemática, há um vagaroso movimento de mudança, marcado pela reaproximação com o paciente (usuário do produto – medicamento). Quanto à conduta, não há uma uniformidade no que se refere às ações clínicas farmacêuticas, pois o que se observou foram inúmeras iniciativas isoladas, conquanto façam uma enorme diferença na saúde dos pacientes. As funções dos farmacêuticos no cuidado à saúde e, em especial, na farmácia clínica foram pouco a pouco referidas no decurso das entrevistas e incluem, entre outras: obtenção de dados sobre as medicações em uso e de informações a respeito do quadro de saúde atual; identificação e avaliação dos PRM (interações, efeitos adversos, uso inadequado entre outros); intervenções independentes ou

colaborativas; estabelecimento de metas quanto ao tratamento, em conjunto com a equipe de saúde/ prescritor/paciente/familiar ou responsável pelo paciente, conforme o caso; elaboração, orientação (educação) e implantação do plano de Cuidado Farmacêutico; e responsabilização, por parte do farmacêutico, em monitorar o paciente, aferindo e documentando os resultados terapêuticos alcançados. No entanto, como já foi mencionado, prevaleceram em maior grau e frequência as atividades relacionadas à dispensação.

Nas últimas décadas, os avanços na saúde pública municipal e, em especial, na assistência farmacêutica trouxeram inegáveis melhorias na qualidade dos serviços ofertados, garantindo maior integralidade das ações, eficiência, oferta e controle do uso de medicamentos. Em contrapartida, ainda há a necessidade de aperfeiçoamento e adequação do quantitativo de recursos humanos, de adequação dos espaços físicos deixando-os mais privativos e equipados (com computadores e internet), para que a assistência farmacêutica não fique aprisionada apenas às etapas de aquisição e distribuição de medicamentos.

Outro ponto importante diz respeito à necessidade de informatização do processo do Cuidado Farmacêutico, para que a documentação do acompanhamento farmacoterapêutico deixe de ser feita, tanto manualmente, quanto de forma improvisada nos prontuários eletrônicos dos pacientes, e passe a ser realizada em um sistema apropriado à realidade e à necessidade dos farmacêuticos, considerando as especificidades geográficas e epidemiológicas, a fim de dinamizar e reduzir o tempo gasto com escrituração manual, organização e recuperação dos dados. A informatização dos dados também contribui para comunicação e integração entre os profissionais membros da equipe, corresponsáveis pelo sucesso da terapia, na medida em que, a partir de um sistema melhor informatizado, é possível acompanhar, verificar, mensurar e comparar parâmetros, PRM e intervenções, gerando relatórios, entre outros benefícios (YOKOHAMA et al., 2010).

A participação dos farmacêuticos nas visitas domiciliares demonstrou, de maneira clara, a importância da interdisciplinaridade no cuidado à saúde e do conhecimento da dinâmica e do contexto familiar e social do indivíduo, bem como suas inter-relações com o seu comportamento. O Cuidado Farmacêutico no contexto das ações da saúde da família, em especial nas visitas domiciliares, permite que o profissional venha a

conhecer com mais afinco a história familiar e social do paciente, dando maior performance a sua atuação. Por consequência, o trabalho interdisciplinar, norteador por uma prática coletiva, permite o coengendramento de papéis e teorias, qualificando o cuidado prestado na medida em que operacionaliza o princípio da integralidade. Ao discursarem sobre a sua integração com os demais profissionais, os farmacêuticos relataram e também exemplificaram que, via de regra, trata-se de uma relação pautada na reciprocidade, mutualidade, empatia, amizade, flexibilização do diálogo e troca de saberes. Por outro lado, a relação médico-farmacêutico ainda requer aprimoramentos, a fim de aumentar a comunicação mútua a respeito do tratamento (farmacológico ou não) prescrito e seus desdobramentos (intervenções).

A abordagem e o vínculo entre o paciente e o provedor do cuidado (farmacêutico), conforme o que foi reportado, é pautado em acolhimento, respeito mútuo e diálogo. Há um esforço, por parte do farmacêutico, de operacionalizar uma concepção holística e integral do paciente, a fim de que possa compreender a gênese dos fenômenos patológicos e as suas inter-relações (avaliação global). Informações — conhecimento que qualifica a assistência farmacêutica — direcionam as ações de cuidado, tornando-as mais resolutivas e efetivas. Em razão do elevado fluxo de usuários, acrescido à escassez de recursos humanos, quase todo o tempo é destinado às atividades gerenciais e administrativas, dificilmente havendo tempo para atendimento clínico farmacêutico. No entanto, ainda há farmacêuticos que, a despeito dessas circunstâncias e ainda de maneira incompleta, conseguem ofertar e obter resultados positivos. Por conseguinte, é preciso pensar em soluções para que o Cuidado Farmacêutico venha a ser implantado em sua plenitude, sedimentando-se no processo de trabalho do Cuidado Farmacêutico.

Comungamos com a afirmação de que com “[...] a união da categoria interessada e motivada, em um esforço coletivo em prol do serviço, é possível mostrar a importância do trabalho clínico” (BRASIL, 2014b, p. 24), aos gestores e à sociedade, rompendo barreiras e alavancando a saúde com a implantação do Cuidado Farmacêutico, com a qualificação da assistência farmacêutica municipal, ao passo que garantirá a integralidade do cuidado e a resolutividade das ações em saúde no SUS. No entanto, é imprescindível que haja participação maciça desses profissionais nos conselhos, nas conferências de saúde e nas reuniões promovidas pela Gerência de Assistência

Farmacêutica (GAF), entre outras, para que coloquem em pauta suas reivindicações no que se refere à prática farmacêutica. A ampla participação dos sujeitos nos processos decisórios que determinam a sua prática cotidiana possui sentido político e operacionaliza a democracia.

A condição clínica, às vezes, fragiliza o indivíduo — alguns fazem uso de medicamentos com regularidade por força da necessidade de manter a doença sob controle. O sistema produtivo, associado ao sistema capitalista, dá *status* de mercadoria ao medicamento e os consumidores (pacientes), ludibriados, constroem expectativas que quase sempre são inatingíveis — o medicamento, inconscientemente ou não, torna-se um objeto e a ele é atribuído um simbolismo sem igual, com situações que culminam na medicalização e no uso irracional, ocasionando sérios danos de saúde, por expor o usuário ao risco de reações adversas. Além disso, outra consequência atrelada à questão é a polimedicação, que tanto pode ser fruto dessa corrida pelo lucro, como também pode estar associada ao envelhecimento da população, acrescido da elevação da prevalência de doenças crônicas. Em contrapartida, o paciente, ao ser inserido no serviço de clínica farmacêutica, de maneira paulatina vai desconstruindo essas visões distorcidas, que foram gradativamente construídas em suas vivências e experiências e, com o passar do tempo, após todo um trabalho voltado para reeducação quanto ao uso dos medicamentos, observam-se resultados positivos e uma evidente mudança de comportamento frente ao tratamento.

A prescrição farmacêutica atribui maior responsabilidade ao farmacêutico no manejo clínico dos pacientes e reforça o papel desse profissional no cuidado à saúde, além de formalizar e respaldar legalmente o que já vinha sendo feito durante muitos anos. Não obstante já tenham se passado alguns anos desde a sua regulamentação pelo CFF, na rede pública municipal de saúde, em especial na de Vitória, ainda não foi concedido aos profissionais o direito de exercer a referida prerrogativa. Até o momento não houve qualquer discussão sobre a questão. A prescrição não é um ato obrigatório e há uma incerteza por parte dos sujeitos sobre os possíveis benefícios de sua inserção na rede pública, porquanto alguns entendem que, a princípio, deve-se consolidar e ofertar com excelência os serviços já existentes, deixando a prescrição

farmacêutica para um segundo momento, mesmo porque os sujeitos não se encontram habilitados, conforme o Art. 2º da Resolução CFF nº 586.

Ao que tudo indica, considerando os relatos nas entrevistas, o acesso ao medicamento no sistema municipal de saúde de Vitória tem sido garantido, entretanto a integralidade do atendimento, amplamente preconizada nos marcos regulatórios da saúde pública do Brasil, está comprometida. Essas foram as nossas considerações e delas emanam outros pontos de partidas. Enfim, concluo este trabalho com as palavras de Rubem Alves (1933-2014): “Um mar que se compreende não passa de um aquário”.

## REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SEGURANÇA SANITÁRIA (Brasil). Resolução 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. **Diário Oficial da União**, Brasília, 18 ago. 2009. Seção 1, p. 78-81.

ALVES, Vânia Sampaio. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 9, n. 16, p.39-52, set. 2004/fev. 2005.

AMERICAN COLLEGE OF CLINICAL PHARMACY. The definition of clinical pharmacy. **Pharmacotherapy**, [S.l.], v. 28, n. 6, p. 816-817, 2008.

ANDERSON, Maria Inez Padula; RODRIGUES, Ricardo Donato. Integralidade na prática do médico de família e na atenção primária à saúde. In: GUSSO, Gustavo; LOPES, Mauro Ceratti (Org.). **Tratado de medicina da família e comunidade: princípios, formação e prática**. Porto Alegre: Artmed, 2012. v. 1, p. 70-83.

ANDERSON, Perry. Balanço do neoliberalismo. In: SADER, Emir; GENTILI, Pablo (Org.). **Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado democrático**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995. p. 9-23.

ANGONESI, Daniela; SEVALHO, Gil. Atenção Farmacêutica: fundamentação conceitual e crítica para um modelo brasileiro. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 3, p. 3603-3614, nov. 2010.

ARAÚJO, Aílson da Luz André de; FREITAS, Osvaldo de. Concepções do profissional farmacêutico sobre a assistência farmacêutica na unidade básica de saúde: dificuldades e elementos para a mudança. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**, São Paulo, v. 42, n. 1, p. 137-46, jan./mar. 2006.

ARAÚJO, Aílson da Luz André de; UETA, Julieta Mieke; FREITAS, Osvaldo de. Assistência farmacêutica como um modelo tecnológico em atenção primária à saúde. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**, Araraquara, v. 26, n. 2, p. 87-92, 2005.

ARRETCHE, Marta. Dossiê agenda de pesquisa em políticas públicas. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 18, n. 51, p. 7-9, fev. 2003.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza; COIMBRA JUNIOR, Carlos Everaldo Alvares (Org.). **Críticas e atuantes: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p.91-108.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 13, n. 3, p.16-29, set./dez. 2004.

BAHIA, Lígia. Sistema Único de Saúde. In: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Júlio César França. (Org.). **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. p. 357-364.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1997.

BAUER, Martin W.; GASKELL, George (Ed.). **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. 2. ed. Petrópolis: Vozes. 2002.

BERNARDES, Anita Guazzelli; PELLICCIOLI, Eduardo Cavalheiro; GUARESCHI, Neuza Maria de Fátima. Trabalho e produção de saúde: práticas de liberdade e formas de governamentalidade. **Psicologia e Sociedade**, Florianópolis, v. 22, n. 1, p. 5-13, 2010.

BERTOLOZZI, Maria Rita; GRECO, Rosângela Maria. As políticas de saúde no Brasil: reconstrução histórica e perspectivas atuais. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 30, n. 3, p. 380-98, dez. 1996.

BISSON, Marcelo Polacow. **Farmácia Clínica e Atenção Farmacêutica**. 3. ed. Barueri: Manole, 2016.

BORGES FILHO, Wladimir Mendes; FERRACINI, Fábio Teixeira; ALMEIDA, Silvana Maria de. Farmácia Clínica. In: \_\_\_\_\_. (Coord.); WALKSMAN, Renata Dejtiar; FARAH, Olga Guilhermina Dias (Ed.). **Farmácia clínica: manuais de especialização**. Barueri: Manole, 2014. cap. 1, p. 1-14.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988, atualizada até a Emenda Constitucional nº 91, de 18 de fevereiro de 2016. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm)>. Acesso em 27 fev. 2016.

BRASIL. Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação Inter federativa, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 29 jun. 2011. Seção 1, p. 1. Disponível em <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm)>. Acesso em: 07 jun. 2017.

BRASIL. Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999. Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, e dá outras

providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 27 jan. 1999a. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L9782.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9782.htm)>. Acesso em: 7 jun. 2017.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 31 dez. 1990a. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm)>. Acesso em: 7 jun. 2017.

BRASIL. Lei nº 5.991, de 17 de dezembro de 1973. Dispõe sobre o Controle Sanitário do Comércio de Drogas, Medicamentos, Insumos Farmacêuticos e Correlatos, e dá outras Providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 19 dez. 1973. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L5991.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L5991.htm)>. Acesso em: 9 fev. 2016.

BRASIL. Lei nº 13.021, de 8 de agosto de 2014. Dispõe sobre o exercício e a fiscalização das atividades farmacêuticas. **Diário Oficial da União**, Brasília, 11 ago. 2014a. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2011-2014/2014/Lei/L13021.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2014/Lei/L13021.htm)>. Acesso em: 10 fev. 2016.

BRASIL. Lei n. 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. **Diário Oficial da União**, Brasília, 23 dez. 1996. Seção 1, p. 27833.

BRASIL. Lei nº 3.820, de 11 de novembro de 1960. Cria o Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Farmácia e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 21 nov. 1960. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L3820.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L3820.htm)>. Acesso em: 7 jun. 2017.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 20 set. 1990b. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm)>. Acesso em: 7 jun. 2017.

BRASILEIRO, Ada Magaly Matias. **Manual de produção de textos acadêmicos e científicos**. São Paulo: Atlas, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência farmacêutica na Atenção Básica: instruções técnicas para sua organização**. 2. ed. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cuidado farmacêutico na Atenção Básica. Caderno 2: capacitação para implantação dos serviços de clínica farmacêutica**. Brasília, 2014b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cuidado farmacêutico na Atenção Básica. Caderno 1: serviços farmacêuticos na Atenção Básica à Saúde**. Brasília, 2014c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes para estruturação de farmácias no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Brasília, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Medicamentos**. Brasília, 1999b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, 31 dez. 2010. Seção 1, p. 89. Disponível em: <portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria4279\_docredes.pdf>. Acesso em: 24 maio. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Portaria nº 3.916, de 30 de outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. **Diário Oficial da União**, Brasília, 10 nov. 1998. Seção 1, p. 18-22. Disponível em: <[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3916\\_30\\_10\\_1998.html](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3916_30_10_1998.html)>. Acesso em: 27 fev. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas**. Brasília, 2000.

BRODIE, Donald C.; PARISH, Peter A.; POSTON, Jeffrey. W. Societal needs for drugs and drug-related services. **American Journal of Pharmaceutical Education**, [S.l.], v. 44, n. 3, p. 276-78, 1980.

BUCCI, Maria Paula Dallari. Políticas públicas e direito administrativo. **Revista de Informação Legislativa**, Brasília, v. 34, n. 133, p. 89-98, jan./mar. 1997.

CAMARGO JÚNIOR et al. Avaliação da Atenção Básica pela ótica político-institucional e da organização da atenção com ênfase na integralidade. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, supl. 1, p. 58-68, 2008.

CAMPOS, Claudinei José Gomes. Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 57, n. 5, p. 611-614, 2004.

CAPELLA, Ana Claudia Niedhardt. Perspectivas teóricas sobre o processo de formulação de políticas públicas. In: HOCHMAN, Gilberto; ARRETCHE, Marques; MARQUES, Eduardo (Org.). **Políticas públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007. p. 87-122.

CARVALHO, Wânia da Silva; MAGALHÃES, Sérgia Maria Starling; REIS, Adriano Max Moreira. Eventos adversos a medicamentos. In: ACURCIO, Francisco de Assis (Org.). **Medicamentos: políticas, assistência farmacêutica, farmacoepidemiologia e farmacognosia**. Belo Horizonte: Coopmed, 2013. p. 147-178.

CAVALCANTE FILHO; João Trindade. **Limites da Iniciativa Parlamentar sobre Políticas Públicas**: uma proposta de releitura do art. 61, § 1º, II da Constituição Federal. Brasília: Senado, 2013.

CIPOLLE, Robert J. Drugs don't have doses, peoples have doses. **Drug Intelligence e Clinical Pharmacy**, [S.l.], v. 20, n. 11, p. 881-882, nov. 1986.

CIUFFO, Roberta Signorelli; RIBEIRO, Victoria Maria Brant. Sistema Único de Saúde e a formação dos médicos: um diálogo possível? **Interface**, Botucatu, v. 12, n. 24, p. 125-140, jan./mar. 2008.

COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE (Brasil). **Relatório final da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), 2008. As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil**. [S.l.], 2008. Disponível em: <bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/causas\_sociais\_iniquidades.pdf>. Acesso em: 25 maio 2016.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA (Brasil). **A assistência farmacêutica no SUS**. Brasília, 2009. Disponível em: <<http://www.sbfc.org.br/site/admin/conteudo/pdfs/3174449762.pdf>>. Acesso em: 24 set. 2015.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA (Brasil). **Nota Técnica**: perguntas e respostas referentes às Resoluções do CFF nº 585 e nº 586, de 29 de agosto de 2013. Brasília, 2013a.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA (Brasil). O passo longo do programa Saúde da Família de Vitória. **Revista Pharmacia Brasileira**, v. 8, n. 45, p. 12-13, nov./dez. 2004. Disponível em: <<http://www.cff.org.br/sistemas/geral/revista/pdf/77/04-farmafamilia.pdf>>. Acesso em: 11 abr. 2017.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA (Brasil). Resolução nº 357, de 20 de abril de 2001. Aprova o regulamento técnico das Boas Práticas de Farmácia. **Diário Oficial da União**, Brasília, 27 abr. 2001. Seção 1, p. 24-30.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA (Brasil). Resolução nº 586, de 29 de agosto de 2013. Regula a prescrição farmacêutica e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 26 set. 2013b, Seção 1, p. 136.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA (Brasil). Resolução nº 585, de 29 de agosto de 2013. Regulamenta as atribuições clínicas do farmacêutico e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 25 set. 2013c. Seção 1, p.186.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA (Brasil). Resolução nº 596, de 21 de fevereiro de 2014. Dispõe sobre o Código de Ética Farmacêutica, o Código de Processo Ético e estabelece as infrações e as regras de aplicação das sanções disciplinares. **Diário Oficial da União**; Brasília, 25 mar. 2014. Seção 1, p. 99.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA (Brasil). **Serviços farmacêuticos: contextualização e arcabouço conceitual.** Disponível em: <<http://www.cff.org.br/userfiles/file/pdf/Servi%C3%A7os%20farmac%C3%AAuticos%20contextualiza%C3%A7%C3%A3o%20e%20arcabou%C3%A7o.pdf>>. Acesso em: 10 fev. 2016.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA (Brasil). Resolução nº 555, de 30 de novembro de 2011. Regulamenta o registro, a guarda e o manuseio de informações resultantes da prática da assistência farmacêutica nos serviços de saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, 14 dez. 2011. Seção 1, p. 188.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). Resolução nº 338, de 6 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica, estabelece os seus princípios. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2004. Seção 1, p. 52.

CORRAL, Florentina Santos Diez Del; SOUZA, Mirabeau Levi Alves de; NEGRÃO, Odulia Lebereiro. **Do boticário ao farmacêutico: o ensino de farmácia na Bahia de 1815 a 1949.** Salvador: EDUFBA, 2009.

CORRER, Cassyano Januário. Coleta e organização de dados do paciente. In: CORRER, Cassyano Januário; OTUKI, Michel Fleith (Org.). **A prática farmacêutica na farmácia comunitária.** Porto Alegre, RS: Artmed, 2013. p. 272-294.

CORRER, Cassyano Januário; NOBLAT, Lúcia de Araújo Costa Beisl; CASTRO, Mauro Silveira de. **Gestão da Assistência Farmacêutica.** Florianópolis: Editora da UFSC, 2011.

CORRER, Cassyano Januário. O medicamento enquanto insumo essencial das ações de saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica. Caderno 1: serviços farmacêuticos na Atenção Básica.** Brasília, 2014. p. 37-52.

CORRER, Cassyano Januário; OTUKI, Michel Fleith. Atenção farmacêutica e a prestação de serviços farmacêuticos clínicos. In: \_\_\_\_\_ (Org.). **A prática farmacêutica na farmácia comunitária.** Porto Alegre: Artmed, 2013. cap. 10, p. 215-246.

CORRER, Cassyano Januário; PONTAROLO, Roberto; RIBEIRO, Alyne Simon de Carvalho. A farmácia comunitária no Brasil. In: CORRER, Cassyano Januário; OTUKI, Michel Fleith (Org.). **A Prática Farmacêutica na Farmácia Comunitária.** Porto Alegre: Artmed, 2013. p. 3-26.

CORRER, Cassyano Januário; ROTTA, Inajara; OTUKI, Michel Fleith. Dispensação de medicamentos isentos de prescrição. In: CORRER, Cassyano Januário; OTUKI,

Michel Fleith. (Org.). **A Prática Farmacêutica na Farmácia Comunitária**. Porto Alegre: Artmed, 2013. p. 150-177.

CORRER, Cassyano Januário; OTUKI, Michel Fleith; SOLER, Orenzio. Assistência farmacêutica integrada ao processo de cuidado em saúde: gestão clínica do medicamento. **Revista Pan-Amazônica de Saúde**, [S.l.], v. 2, n. 3, p. 41-49, 2011.

COSTA, Karen Sarmiento; NASCIMENTO JÚNIOR, José Miguel do; SOEIRO, Orlando Mário; PAGANELLI, Maria Ondina; ARAÚJO, Suetônio Queiroz. Assistência farmacêutica nas Redes de Atenção à Saúde do SUS. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Cuidado farmacêutico na Atenção Básica. Caderno 1: serviços farmacêuticos na Atenção Básica**. Brasília, 2014a. p. 25-36.

COSTA, Karen Sarmiento; PAGNELLI, Maria Ondina; SOEIRO, Orlando Mário; ARAÚJO, Suetônio Queiroz de. Serviços farmacêuticos na Atenção Básica à saúde. In: BRASIL, Ministério da Saúde. **Cuidado farmacêutico na Atenção Básica. Caderno 1: serviços farmacêuticos na Atenção Básica**. Brasília, 2014b. p. 53-68.

COSTA, Karen Sarmiento; SOEIRO, Orlando Mário; NASCIMENTO JÚNIOR; José Miguel do. As Redes de Atenção à Saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica. Caderno 1: serviços farmacêuticos na Atenção Básica**. Brasília, 2014. p. 15-24.

COTRIM, Gilberto; FERNANDES, Mirna. **Fundamentos de filosofia**. 2. ed. São Paulo: Saraiva, 2013.

COTTA, Rosângela Minardi Mitre; MENDES, Fábio Faria; MUNIZ, José Norberto. **Descentralização das políticas públicas de saúde: do imaginário ao real**. Viçosa: Editora UFV, 1998.

CUNHA, Elenice Machado da. Por que almejar a integralidade na atenção ao paciente? In: FERREIRA, Simone Cristina da Costa; MONKEN, Maurício (Org.). **Gestão em saúde: contribuições para a análise da integralidade**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009. p. 15-22.

DAROS, Raphaella Fagundes et al. A satisfação do beneficiário da saúde suplementar sob a perspectiva da qualidade e integralidade. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 525-547, 2016.

DELGADO, Maurício Godinho. **Princípios de Direito individual e coletivo do trabalho**. 2. ed. São Paulo: LTr, 2004.

DELLAMORA, Elisangela da Costa Lima; CAETANO, Rosangela; CASTRO, Claudia Garcia Serpa Osorio de. Dispensação de medicamentos do componente especializado em polos no Estado do Rio de Janeiro. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 17, n. 9, p. 2387-2396, 2012.

DIAS, Reinaldo; MATOS, Fernanda. **Políticas públicas: princípios, propósitos e processos**. São Paulo: Atlas, 2012.

DINIZ, Suênia Gonçalves de Medeiros et al. Avaliação do atributo integralidade na atenção à saúde da criança. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 37, n. 4, e57067, dez., 2016.

DOIMO, Ana Maria; RODRIGUES, Marta Maria Assumpção. A formulação da nova política de saúde no Brasil em tempos de democratização: entre uma conduta estadista e uma concepção societal de atuação política. **Política & Sociedade**, Florianópolis, v. 3, n. 3, p. 95-115, 2003.

SCOREL, Sarah. Histórias das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. In: GIOVANELLA, Lígia et al. (Org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. p. 385-434.

SCOREL, Sarah; NASCIMENTO, Dilene Raimundo do; EDLER, Flavio Coelho. As origens da reforma sanitária e do SUS. In: LIMA, Nísia Trindade (Org.). **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. p. 59-82.

ESCOLA TÉCNICA E FORMAÇÃO PROFISSIONAL DE SAÚDE (Vitória). **Programação 2014: Cursos Técnicos, Capacitações, Oficinas, Especializações, Fóruns, Seminários, Atualizações, Palestras**. Vitória: Secretária Municipal de Saúde, 2014. Disponível em: <[http://www.vitoria.es.gov.br/arquivos/20140701\\_calendario\\_escola\\_tecnica.pdf](http://www.vitoria.es.gov.br/arquivos/20140701_calendario_escola_tecnica.pdf)>. Acesso em: 31 de maio de 2017.

FERNANDES, Brígida Dias. **Avaliação da qualidade dos serviços farmacêuticos prestados em farmácias comunitárias e a satisfação dos usuários: uma análise espacial**. 2014. 160 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Farmacêuticas) – Curso de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2014.

FISCHER-PÜHLER, Platão. O acesso ao fármaco. In: NEGRI, Barjas; VIANA, Ana Luiza d'Ávila. (Org.). **O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafios**. São Paulo: Sobravime; Cealag, 2002. p. 315-352.

FOPPA, Aline Aparecida; BEVILACQUA, Gabriela; PINTO, Luciano Henrique; BLATT Carine Raquel. Atenção farmacêutica no contexto da estratégia de saúde da família. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**, São Paulo, vol. 44, n. 4, p. 727-733, out./dez. 2008.

FRANÇA FILHO, José Benedito de; CORRER, Cassyano Januário; ROSSIGNOLI, Paula; MELCHIORS, Ana Carolina; FERNÁNDEZ-LLIMÓS, Fernando; PONTAROLO, Roberto. Perfil dos farmacêuticos e farmácias em Santa Catarina: indicadores de

estrutura e processo. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**, São Paulo, vol. 44, n. 1, p. 105-113, jan./mar., 2008.

FRANCO, Túlio Batista; MAGALHÃES JÚNIOR, Helvécio Miranda. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. In: MERHY, Emerson Elias et al. (Org.). **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2007. p. 125- 133.

FREITAS, Érika Lourenço de; OLIVEIRA, Djenane de Ramalho, PERINI, Edson. Atenção Farmacêutica – teoria e prática: um diálogo possível? **Acta Farmacêutica Bonaerense**, v. 25, n. 3, p. 447-453, 2006.

FREY, Klaus. Políticas públicas: um debate conceitual e reflexões referentes à prática da análise de políticas públicas no Brasil. **Planejamento e Políticas Públicas (IPEA)**, Brasília, n. 21, p. 211-259, 2000.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2012.

GODOY, Arilda Schmidt. Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. **Revista de administração de empresas**, São Paulo, v. 35, n. 2, p. 57-63, mar./abr.1995.

GRAMSCI, Antônio. **Os Intelectuais e a organização da cultura**. 4. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1982.

GUERRA JÚNIOR, Augusto Afonso; ACURCIO, Francisco de Assis. Política de medicamentos e assistência farmacêutica. In: ACURCIO, Francisco de Assis (Org.). **Medicamentos: políticas, assistência farmacêutica, farmacoepidemiologia e farmacognosia**. Belo Horizonte: Coopmed, 2013. p. 9-12.

HEPLER, Charles D. Clinical pharmacy, pharmaceutical care, and the quality of drug therapy. **Pharmacotherapy**, [S.l.], v. 24, n. 11, p. 1491-1498, 2004.

HEPLER, Charles D.; SEGAL, Richard. **Preventing medication errors and improving drug therapy outcomes: a management systems approach**. New York: CRC Press, 2003.

HEPLER, Charles D.; STRAND, Linda M. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. **American Journal of Hospital Pharmacy**, [S.l.], v. 47, p. 533-543, mar. 1990.

HEPLER, Charles D. The third wave in pharmaceutical education: the clinical movement. **American Journal of Pharmaceutical Education**, [S.l.], v. 51, n. 4, p. 369-384, 1987.

HERNÁNDEZ, Daniel Sabater; CASTRO, Martha Milena Silva; DÁDER, María José Faus. **Método Dáder**: manual de seguimento farmacoterapêutico. 3. ed. Alfenas: Editora Universidade Federal de Alfenas, 2014.

HÖFLING, Eloisa de. Estado e políticas (públicas) sociais. **Cadernos Cedes**, Campinas, v. 21, n. 55, p. 30-41, nov. 2001.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (Brasil). **Sinopse do Censo Demográfico 2010**. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=320530>>. Acesso em: 27 fev. 2016.

KALICHMAN, Artur Olhovetchi; AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Integralidade e tecnologias de atenção à saúde: uma narrativa sobre contribuições conceituais à construção do princípio da integralidade no SUS. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 8, p. 1-13, ago. 2016.

KAPLAN, Bonnie; DUCHON, Dennis. Combining qualitative and quantitative methods in information systems research: a case study. **MIS Quarterly**, v. 12, n. 4, p. 571-86, dez. 1988.

LEFÈVRE, Fernando. A função simbólica dos medicamentos. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 17, n. 6, p. 500-503, dez. 1983.

LEFÈVRE, Fernando; LEFÈVRE, Ana Maria Cavalcanti. Saúde, empoderamento e triangulação. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 32-38, maio/ago. 2004.

LIBERATI, Wilson Donizeti. **Políticas públicas no Estado constitucional**. São Paulo: Atlas, 2013.

LIMA, Sandra Mara Maciel. Acolhimento solidário ou atropelamento? A qualidade na relação profissional de saúde e paciente face à tecnologia informacional. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 502-511, mar./abr. 2004.

LOCH-NECKEL, Gecioni; CREPALDI, Maria Aparecida. Pharmacist contributions for basic care from the perspective of professionals of familial health care teams. **Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences**, v. 45, n. 2, p. 263-272, abr./jun. 2009.

LOCH-NECKEL, Gecioni; SEEMANN, Giane; EIDT, Helena Berton; RABUSKE, Michelli Moroni; CREPALDI Maria Aparecida. Desafios para a ação interdisciplinar na Atenção Básica: implicações relativas à composição das equipes de saúde da família. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p.1463-1472, set./out. 2009.

LYRA JÚNIOR, Divaldo Pereira de. Atenção farmacêutica como estratégia para o uso racional de medicamentos: realidade e perspectivas. In: BRASIL. Ministério da Saúde.

**Relatório do 1º Seminário Internacional para Implementação da Atenção Farmacêutica no SUS.** Brasília, 2009. p. 9-14.

LYRA JÚNIOR, Divaldo Pereira de. Comunicação Paciente/Farmacêutico: um instrumento libertário e essencial no trabalho do profissional e na promoção da saúde. **Revista Pharmacia Brasileira**, Brasília, v. 1, n. 6, p. 6-10, jan./fev. 2005. Entrevista concedida a Aloísio Brandão. Disponível em: <<http://www.pharmanet.com.br/atencao/comunicacao.pdf>>. Acesso em: 11 abr. 2017.

LYRA JÚNIOR, Divaldo Pereira de; MARQUES, Tatiane Cristiane. Prioridades Estratégicas do SUS: realidade e desafios. In: BRASIL. Ministério da Saúde do Brasil. **O ensino e as pesquisas da atenção farmacêutica no âmbito do SUS.** Brasília, 2007. p. 13-18.

MARTINELLI, Maria Lúcia. O uso de abordagens qualitativas na pesquisa em Serviço Social. In: MARTINELLI, Maria Lúcia (Org.). **Pesquisa qualitativa: um instigante desafio.** São Paulo: Veras Editora, 1999.

MARTINS, André Amorim. **A integralidade nas políticas públicas de saúde brasileira.** 2006. 38 f. Monografia (Trabalho de Conclusão de curso de graduação em Psicologia) – Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2006.

MATTANÓ, Luanna Del Carmen Barbosa. **A prática da Integralidade: contos (com) sentidos.** 2013. 96 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2013.

MATTOS, Ruben Araujo de. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo de (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado em saúde.** 8. ed. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/UERJ/ABRASCO, 2009. p. 43-68.

MEDEIROS, Eloá Fátima Ferreira; MORAES, Clayton Franco; KARNIKOWSKI, Mauro; NÓBREGA, Otávio Toledo; KARNIKOWSKI, Margô Gomes de Oliveira. Intervenção interdisciplinar enquanto estratégia para o Uso Racional de Medicamentos em idosos. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 16, n. 7, p. 3139-3149, 2011.

MEDEIROS, Maria Angélica Tavares de; CAMPOS, Florianita Coelho Braga; MOREIRA, Maria Inês Badaró. A integralidade como eixo da formação em proposta interdisciplinar: estágios de Nutrição e Psicologia no campo da Saúde Coletiva. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 27, n. 6, p.785-798, nov./dez. 2014.

MENDES, Eugênio Vilaça. As Redes de Atenção à Saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, ago. 2010.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As Redes de Atenção à Saúde.** 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana de Atenção à Saúde, 2011.

MENEZES, Élber Barbosa Bezerra de. Atenção farmacêutica em xeque. **Revista Pharmacia Brasileira**, v. 22, p. 28, set. /out. 2000.

MERHY, Emerson Elias. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo em ato. São Paulo: Editora Hucitec, 2002.

MESQUITA, Alessandra Rezende; SOUZA, Werlissandra Moreira de; BOAVENTURA, Thays Carneiro; BARROS, Izadora Menezes da Cunha; ANTONIOLLI, Angelo Roberto; SILVA, Wellington Barros da; LYRA JÚNIOR, Divaldo Pereira de. The Effect of Active Learning Methodologies on the Teaching of Pharmaceutical Care in a Brazilian Pharmacy Faculty. **Plos One**, v. 10, n. 5, p.123-141, maio 2015.

MIKEAL, Robert L. et al. Quality of Pharmaceutical Care in hospitals. **American Journal of Hospital Pharmacy**, [S.l.], v. 32, n. 6, p. 567-574, 1975.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.). **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 21. ed. Petrópolis: Vozes, 1994.

MORSE, Janice; FIELD, Peggy Anne. **Qualitative research methods for health professionals**. 2. ed. Thousand Oaks: Sage, 1995.

MOTA, Daniel Marques; SILVA, Marcelo Gurgel Carlos da; SUDO, Elisa Cazue; ORTÚN, Vicente. Uso racional de medicamentos: uma abordagem econômica para tomada de decisões. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.l.], v. 13, p. 589-601, 2008.

MOZZATO, Anelise Rebelato; GRZYBOVSKI, Denize. Análise de conteúdo como técnica de análise de dados qualitativos no campo da administração: potencial e desafios. **Revista de Administração Contemporânea**, Curitiba, v. 15, n. 4, p. 731-747, jul./ago. 2011.

NACHARD, Patrícia Garcia. **Política de assistência farmacêutica e política de medicamentos no âmbito da política de saúde pública**. 2002. 101 f. Dissertação (Mestrado em Administração Pública) – Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas, Centro de Formação Acadêmica e Pesquisa, Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro, 2002.

NORONHA, José Carvalho de; LIMA, Luciana Dias de; MACHADO, Cristiani Vieira. O Sistema Único de Saúde – SUS. In: ESCOREL, Lúgia et al. (Org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. p. 365-393.

O'DONNELL, Guillermo. Anotações para uma teoria do Estado. **Revista de Cultura e Política**, São Paulo, n. 4, p. 71- 82, 1981.

OLIVEIRA, Andrezza Beatriz; OYAKAWA, Carlos Norio; MIGUEL, Marilis Dallarmi; ZANIN, Sandra Maria Warumby; MONTRUCCHIO, Denise Prehs. Obstáculos da atenção farmacêutica no Brasil. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêutica**, São Paulo, v. 41, n. 4, p. 409-413, out./dez., 2005.

OLIVEIRA, Djenane Ramalho de. Atenção farmacêutica e serviços farmacêuticos. In: ACÚRCIO, Francisco de Assis (Org.). **Medicamentos**: políticas, assistência farmacêutica, farmacoepidemiologia e farmacoeconomia. Belo Horizonte: Coopmed, 2013. p. 197-234.

OLIVEIRA, Djenane Ramalho de. Resultados Humanísticos em Atenção Farmacêutica. In: FÓRUM NACIONAL DE ENSINO E PESQUISA DA ATENÇÃO FARMACÊUTICA NO ÂMBITO DO SUS “A UNIVERSIDADE CONSTRUINDO O FARMACÊUTICO GENERALISTA PARA O SUS”, 1., 2007, Brasília. **Anais...** Brasília: Ministério da Saúde, 2007. p. 73-78.

OLIVEIRA, Eliana de et al. Análise de conteúdo e pesquisa na área da educação. **Revista Diálogo Educacional**, Curitiba, v. 4, n. 9, p. 11-27, maio/ago. 2003.

OLIVEIRA, Luciane Cristina Feltrin de; ASSIS, Marluce Maria Araújo; BARBONI, André René. Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde: da Política Nacional de Medicamentos à Atenção Básica à Saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 3561-3567, nov. 2010.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **El papel del Farmacéutico en la Atención a la Salud**: Declaración de Tokio. Ginebra, 1993.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (Brasil). **Proposta Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica. Atenção Farmacêutica no Brasil**: trilhando caminhos. Brasília, 2002.

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

PAIM, Jairnilson Silva; SILVA, Lígia Maria Vieira da. Universalidade, integralidade, equidade e SUS. **Boletim do Instituto de Saúde**, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 8, ago. 2010.

PANEL DE CONSENSO ad hoc. Consenso de Granada sobre Problemas relacionados con medicamentos. **Revista Pharmaceutical Care España**, v. 1, n. 2, p. 107-112, 1999.

PEPE, Vera Lúcia Edais; CASTRO, Claudia G. S. Osorio de. A interação entre prescritores, dispensadores e pacientes: informação compartilhada como possível benefício terapêutico. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 815-822, jul./set. 2000.

PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Júlio César França. Trabalho, educação e saúde: referências e conceitos. In: \_\_\_\_\_. **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. cap. 1, p. 17-29.

PEREIRA, Leonardo Régis Leira; FREITAS, Osvaldo de. A evolução da Atenção Farmacêutica e a perspectiva para o Brasil. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 601-612, out./dez. 2008.

PINHEIRO, Roseni. Integralidade em Saúde. In: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Júlio César França. (Org.). **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. p. 255-262.

POLIT, Denise F.; HUNGLER, Bernadette P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

PORTELA, Alyne da Silva; LEAL, Adriana Amorim de Farias; WERNER, Rossana Paula Batista; SIMÕES, Mônica Oliveira da Silva; MEDEIROS, Ana Cláudia Dantas. Políticas públicas de medicamentos: trajetória e desafios. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**, Araraquara, v. 31, n. 1, p. 9-14, 2010.

POSSAMAI, Fabricio Pagani; DACOREGGIO, Marlete dos Santos. A habilidade de comunicação com o paciente no processo de atenção farmacêutica. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 5, n. 3, p. 473-490, nov. 2007/fev. 2008.

RAMOS, Dalton Luiz de Paula; JUNQUEIRA, Cirlene Rennó; PUPLAKSIS, Nelita de Vecchio. Benefícios de avaliação ética de protocolos de pesquisa qualitativas. In: GUERRIERO, Iara Coelho Zito; SCHMIDT, Maria Luísa Sandoval; ZICKER, Fabio. (Org.). **Ética nas pesquisas em ciências humanas e sociais na saúde**. São Paulo: Hucitec, 2008.

RODRIGUES, Maria de Lourdes Alves et al. **Formação de Conselheiros em Direitos Humanos**. Brasília: Secretaria Especial de Direitos Humanos, 2007.

RODRIGUES, Ricardo Donato; ANDERSON, Maria Inez Padula. Integralidade e complexidade na medicina de família e comunidade e na atenção primária à saúde: aspectos teóricos. In: GUSSO, Gustavo; LOPES, Mauro Ceratti (Org.). **Tratado de medicina da família e comunidade: princípios, formação e prática**. Porto Alegre: Artmed, 2012. v. 1, p. 60-70.

RONZANI, Telmo Mota; MOTA, Daniela Cristina Belchior. Políticas de saúde para a atenção integral a usuários de drogas. In: ANDRADE, Arthur Guerra de et al. (Coord.). **Integração de competências no desempenho da atividade judiciária com usuários e dependentes de drogas**. 2. ed. Brasília: Ministério da Justiça, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2015. p. 315-334.

ROSSIGNOLI, Paula; GODOY, Rangel Ray; CORRER, Cassyano Januário. Princípios da comunicação interpessoal para a prática clínica. In: CORRER, Cassyano Januário; OTUKI, Michel Fleith. (Org.). **A prática farmacêutica na farmácia comunitária**. Porto Alegre: Artmed, 2013. p. 377-396.

ROVER, Maria Raijche Mattozo et al. Da organização do sistema à fragmentação do cuidado: a percepção de usuários, médicos e farmacêuticos sobre o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 691-711, 2016.

SANTOS, Adriano Maia dos; GIOVANELLA, Ligia. Gestão do cuidado integral: estudo de caso em região de saúde da Bahia, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, p. 1-15, mar. 2016.

SANTOS, Renata Newman Leite Cardoso dos et al. Integralidade e interdisciplinaridade na formação de estudantes de medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 39, n. 3, p. 378-387, 2015.

SANTOS, Rosana Isabel dos. **Concepções de assistência farmacêutica no contexto histórico brasileiro**. 2011. 173 f. Tese (Doutorado em Farmácia) – Programa de Pós-Graduação em Farmácia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011.

SANTOS, Silvio César Machado dos. A política de fármacos eleva a política de saúde. In: NEGRI, Barjas; VIANA, Ana Luiza d'Ávila. (Org.). **O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafios**. São Paulo: Sobravime; Cealag, 2002. p. 353-388.

SANTOS, Silvio César Machado dos; NASCIMENTO, Renata Cristina Rezende Macedo do. Acesso aos medicamentos no SUS. In: MANZINI, Fernanda et al. **O farmacêutico na assistência farmacêutica do SUS: diretrizes para ação**. Brasília, : Conselho Federal de Farmácia, 2015. p. 161-194.

SARAIVA, Enrique. Introdução à Teoria da Política Pública. Políticas Públicas. In: SARAIVA, Enrique; FERRAREZI, Elisabete. **Políticas Públicas**. Brasília: ENAP, 2006. p. 21-42.

SATURNINO, Luciana Tarbes Mattana; PERINI, Edson Perini; LUZ, Zélia. Farmacêutico: um profissional em busca de sua identidade. **Revista Brasileira de Farmácia**, Rio de Janeiro, v.3, n.1, p. 10-16, 2012.

SECCHI, Leonardo. **Políticas públicas: conceitos, esquemas de análise, casos práticos**. 2. ed. São Paulo: Cengage Learning, 2015.

SILVA, José Paulo Vicente da; TAVARES, Cláudia Mara de Melo. Integralidade: dispositivo para a formação crítica de profissionais de saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, p. 271-285, set. 2004.

SILVA JUNIOR, Aluísio Gomes da et al. Experiências de avaliação do setor suplementar de saúde: contribuições da integralidade. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, p.1489-1500, out. 2008.

SILVA, Marcos Valério Santos da; MIRANDA, Gilza Brena Nonato; ANDRADE, Marcieni Ataíde de. Sentidos atribuídos à integralidade: entre o que é preconizado e vivido na equipe multidisciplinar. **Interface**, Botucatu, 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/2017nahead/1807-5762-icse-1807576220160420.pdf>>. Acesso em: 21 maio 2017.

SILVA, Raquel Vicentina Gomes de Oliveira da; RAMOS, Flávia Regina Souza. Integralidade em saúde: revisão de literatura. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 9, n. 3, p. 593-601, jul./set., 2010.

SILVA, Teresa Cristina Santos. **A construção das práticas de integralidade no cotidiano de uma equipe de saúde da família**. 2006. 149 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2006.

SILVA, Wellington Barros da. **A emergência da Atenção Farmacêutica: um olhar epistemológico e contribuições para o seu ensino**. 2009. 305 f. Tese (Doutorado em Educação Científica e Tecnológica) – Programa de Pós-Graduação em Educação Científica e Tecnológica, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2009.

SJÖBLOM, Gunnar. Problemi e soluzioni in política. **Revista Italiana di Scienza Politica**, v. 14, n. 1, p. 41-85, 1984.

SOARES, Luciano. **O acesso ao serviço de dispensação e a medicamentos: modelo teórico e elementos empíricos**. 2013. 249 f. Tese (Doutorado em Farmácia) – Programa de Pós-Graduação em Farmácia, Universidade Federal de Santa Catarina Santa Catarina, Florianópolis, 2013.

SOUSA JUNIOR, Justino de. Omnilateralidade. In: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Júlio César França (Org.). **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. p. 284-292.

WENG, Celina. Dossiê políticas públicas: questões temáticas e de pesquisa. **CADERNO CRH**, Salvador, n. 39, p. 11-24, jul./dez. 2003.

SOUZA, Celina. Políticas Públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, Porto Alegre, v. 8, n. 16, p. 20-45, jul./dez. 2006.

SOUZA, Thais Teles de. **Morbidade e mortalidade relacionadas a medicamentos: revisão sistemática e meta-análise de estudos observacionais**. 2013. 326 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Farmacêuticas) – Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2013.

SUS: a saúde do Brasil. [S.d.]. Disponível em: <<http://www.ccs.saude.gov.br/SUS20Anos/mostra/index.html>>. Acesso em: 24 set. 2015.

TRAVASSOS, Claudia; MARTINS, Mônica. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cadernos de Saúde**, Rio de Janeiro, v. 20, supl. 2, p. 190-198, 2004.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 2006.

UCHÔA, Alice da Costa et al. Trabalho em equipe no contexto da reabilitação infantil. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 385-400, 2012.

VEDOVATE, Fernando Carlo; DELLORE, Cesar Brumini (Coord.) **Sociologia em movimento**. São Paulo: Moderna, 2013.

VIANA, Ana Luiza d'Ávila; BAPTISTA, Tatiana Vargas de Faria. Análise de Políticas de Saúde. In: GIOVANELLA, Lígia et al. (Org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. p. 59-87.

VIEGAS, Selma Maria da Fonseca. **A integralidade no cotidiano da estratégia saúde da família em municípios do Vale do Jequitinhonha – Minas Gerais**. 2010. 282 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010.

VIEIRA, Fabiola Sulpino. Assistência farmacêutica no sistema público de saúde no Brasil. **Ver. Panam. Salud Públ.**, v. 27, n. 2, p. 149-156, fev. 2010.

VIEIRA, Fabiola Sulpino. Possibilidades de contribuição do farmacêutico para a promoção da saúde. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n.1, p. 213-220, jan./mar. 2007.

VILELA, Elaine Morelato; MENDES, Iranilde José Messias. Interdisciplinaridade e saúde: estudo bibliográfico. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 4, p. 525-531, jul./ago. 2003.

VITÓRIA (Prefeitura). Secretária Municipal de Saúde. Farmacêuticos da Semus participam de capacitação para melhorar atendimento. **Imprensa PMV**, Vitória, ES, 15 jul. 2014. Disponível em: <<http://www.vitoria.es.gov.br/noticia/farmaceuticos-da-semus-participam-de-capacitacao-para-melhorar-atendimento-15046>>. Acesso em 31 maio 2017.

VITÓRIA (Prefeitura). Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2014-2017**: versão atualizada em março/2015. Vitória, 2015.

VITÓRIA (Prefeitura). Secretária Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2014 – 2017**. Vitória, 2013.

WENG, M. C. et al. The impact of number of drugs prescribed on the risk of potentially inappropriate medication among outpatient older adults with chronic diseases. **International Journal of Medicine**, [S.l.], v. 106, n. 11, p. 1009-1015, nov. 2013.

WIEDENMAYER, Karin et al. **Developing pharmacy practice**: a focus on patient care. Geneva: WHO/IPF, 2006. Disponível em: <<https://www.fip.org/files/fip/publications/DevelopingPharmacyPractice/DevelopingPharmacyPracticeEN.pdf>>. Acesso em: 7 jun. 2017.

YOKOYAMA, Cláudia Seiko; MALUCELLI, Andreia; MORO, Claudia Maria Cabral; HIRANO, Luciano Roberto; NOHAMA, Percy. Proposta de Sistema de Informação para Atenção Farmacêutica baseado no Método Dáder. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**, Araraquara, v. 32, n. 1, p. 19-26, jan./abr. 2010.

ZULUAGA, Gladys Cecilia Restrepo. **A assistência farmacêutica e a atenção primária à saúde**: coordenação, integralidade e continuidade do cuidado na Dispensação e Atenção Farmacêutica no Brasil. 2013. 102 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2013.

## APÊNDICE A – ROTEIRO SEMIESTRUTURADO

### PARTE 1 – PERFIL DO ENTREVISTADO

1. Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino
2. Idade: \_\_\_\_\_
3. Tempo de formado (a) em anos: \_\_\_\_\_
4. A Instituição em que se formou era ( ) Pública ( ) Privada
5. Possui pós-graduação? ( ) Sim ( ) Não
- 5.1 Caso a resposta à pergunta anterior tenha sido SIM, qual o maior nível:  
( ) Especialização ( ) Mestrado ( ) Doutorado ( ) Pós-doutorado
6. Tempo de serviço na PMV/SEMUS em anos: \_\_\_\_\_

### PARTE 2 – ROTEIRO SEMI-ESTRUTURADO

- 1 – Como vê a própria participação no cuidado à saúde dos usuários do SUS?
- 2 – Conhecimento sobre a Atenção Farmacêutica (ou Cuidado Farmacêutico).
- 3 – Como vê o Cuidado Farmacêutico presente no seu cotidiano. Quais suas principais atividades?
- 4 – O que faz com que o seu trabalho seja desta maneira?
- 5 – Conhecimento sobre o princípio da integralidade no SUS. O que é para ele?
- 6 – Relação entre a Atenção Farmacêutica (ou Cuidado Farmacêutico) e a integralidade. De que maneira ocorre?
- 7 – Conhecimento sobre política concebida pela PMV de incentivo à sua implementação.
- 8 – Caso exista, como ele a avalia? Efeitos produzidos na própria prática.
- 9 – Existência de participação dos farmacêuticos no processo de discussão e criação das políticas que regulam e determinam a prática cotidiana na PMV.
- 10 – Percepção da relação entre experiências próprias e o princípio da integralidade.
- 11 – Outras questões que, como farmacêutico, julgue importante acrescentar.

## APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

<b>FORMULÁRIO TCLE</b> <b>01. Número de registro</b> <b>Via do participante</b>	<b>COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS – CEP – EMESCAM</b> <b>TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO</b>	
<b>TÍTULO DO ESTUDO:</b> ATENÇÃO FARMACÊUTICA NAS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA DA PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA, ESPÍRITO SANTO, BRASIL.		
<b>PESQUISADOR RESPONSÁVEL:</b> Sebastião Gonçalves de Barros Neto		
<b>ENDEREÇO:</b> AV. Sebastião Coelho de Souza nº 210, Centro, Água Doce do Norte - ES		
<b>TELEFONE:</b> (27) 99957-4549 ou (27) 3759-1620	<b>E-mail:</b> sebastiaoobarros@outlook.com	
<b>CONVITE PARA PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO:</b>		
<p>Você está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa conduzida pelo pesquisador Sebastião Gonçalves de Barros Neto.</p> <p>Para decidir se deseja ou não participar desta pesquisa, você precisa saber o que está envolvido no estudo e seus possíveis riscos e benefícios. Este formulário fornece informações detalhadas da pesquisa, que serão discutidas com você. Após receber informações sobre o estudo, será solicitado que você assine as duas vias deste formulário caso deseje participar. Uma das vias ficará com você e outra deverá ser entregue ao aplicador. Não se apresse em tomar sua decisão. Certifique-se de que todas as suas dúvidas foram devidamente esclarecidas antes de assinar este documento.</p>		
<b>POR QUE ESTA PESQUISA ESTÁ SENDO REALIZADA?</b>		
<p>Este projeto de pesquisa tem por objetivo analisar a prática farmacêutica nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) da Prefeitura Municipal de Vitória (PMV) no que diz respeito à sua adequação ao princípio da integralidade em saúde. Para tanto, esta será uma pesquisa de campo descritiva exploratória de caráter qualitativo, realizada através de entrevistas orientadas por roteiro semiestruturado, bem como sua transcrição para posterior análise de conteúdo. É objeto dessa pesquisa o Cuidado Farmacêutico nas UBS municipais. Assim sendo, o estudo será realizado nas UBS da Prefeitura Municipal de Vitória (PMV), tendo como sujeitos os profissionais farmacêuticos. É forçoso esclarecer que o Cuidado Farmacêutico se resume em ações integradas do farmacêutico com a equipe de saúde, direcionadas ao paciente, visando a promoção, proteção e recuperação da saúde e a prevenção de danos e agravos. Portanto, visa à educação em saúde, de maneira permanente, assegurando a promoção da saúde de cunho geral, e ações de promoção do uso racional de medicamentos, com objetivo de obter resultados terapêuticos satisfatórios, incluindo até as terapias complementares, por meio da oferta e prática de atividades técnico-pedagógicas e assistenciais por intermédio dos serviços de clínica farmacêutica. Ambas direcionadas ao indivíduo em tratamento, sua família, à comunidade e à equipe de saúde. Como se observa, nota-se a importância de verificar e descrever a contribuição do profissional farmacêutico nos serviços de saúde no que diz respeito à atenção contínua, integral, responsável e humanizada, que visa à resolutividade dessas ações, focadas na otimização dos benefícios e minimização dos riscos decorrentes do uso do medicamento. Indo além, ao descrever sua concepção sobre o tema e seu lugar nas ações de saúde promovidas nas UBS.</p>		
<p><b>ATENÇÃO!</b> Todas as páginas deverão ser rubricadas. _____  Assinatura do participante</p>		

### QUAIS OS OBJETIVOS DESTE ESTUDO?

#### Objetivo Geral

Analisar a prática farmacêutica nas UBS da Prefeitura Municipal de Vitória (PMV) no que diz respeito à sua adequação ao princípio da integralidade em saúde.

#### Objetivos Específicos

Descrever as concepções do profissional farmacêutico sobre a assistência farmacêutica no que diz respeito ao cuidado na atenção básica;

Conhecer o nível de incorporação da AF na prática diária dos profissionais;

Verificar a existência de programas de incentivo a prática da AF nas USF da PMV;

Verificar a participação dos sujeitos no processo de discussão e construção das políticas que determinam suas práticas profissionais;

Descrever as condições de estrutura e processo utilizados por ele para a incorporação desta atividade na atenção primária à saúde.

### QUAIS SERÃO MINHAS RESPONSABILIDADES SE EU PARTICIPAR DO ESTUDO?

Ouvir com atenção as perguntas proferidas pelo pesquisador e respondê-las. As respostas deverão estar em conformidade com a verdade.

### QUAIS SÃO OS POSSÍVEIS RISCOS E DESCONFORTOS?

Caso o entrevistado se sinta constrangido com alguma das perguntas oriundas do roteiro, podendo ou não este constrangimento ter sido causado por uma interpretação errada da mesma.

### O QUE ACONTECE SE EU SOFRER ALGUM DANO DECORRENTE DO ESTUDO?

A metodologia que será usada garantirá a não existência de danos aos participantes. Visto que, a metodologia empregada não fará nenhuma intervenção, modificação, etc. nas características fisiológicas, psicológicas e sociais dos sujeitos participantes da pesquisa, ademais o instrumento de coleta de dados será um roteiro semiestruturado, contendo perguntas que serão respondidas livremente pelos participantes que aceitarem voluntariamente participar do estudo em questão, tendo garantido o seu anonimato pelo condutor da pesquisa.

No entanto, caso se sinta prejudicado você deverá entrar em contato com o CEP- EMESCAM pelo telefone (27) 3334-3586 ou pelo E-mail: [comite.etica@emescam.br](mailto:comite.etica@emescam.br) ou se dirigir até o endereço CEP-EMESCAM Av. N. S. da Penha, 2190, Santa Luiza, Vitória – ES. É importante ressaltar que o atendimento ocorre de 2ª a 6ª feira, de 7:00 às 16:00 horas, horário de Brasília e que o horário de funcionamento do CEP-EMESCAM acompanha o da área administrativa da instituição.

### QUAIS SÃO OS POSSÍVEIS BENEFÍCIOS PARA MIM E/OU PARA A SOCIEDADE?

Não podemos prometer aos participantes da pesquisa qualquer benefício pessoal de sua participação neste estudo. Entretanto, os benefícios potenciais incluem contribuir para obtenção de informações que futuramente poderão ser usadas para aprimorar o serviço ofertado a comunidade, visto que a realização dessa pesquisa é essencial para o desenvolvimento futuro de programas e políticas públicas efetivas voltadas ao tema em questão, bem como na tomada de decisões coerentes, pois as informações obtidas darão o devido respaldo às ações de reorganização das atividades.

ATENÇÃO! Todas as páginas deverão ser rubricadas. \_\_\_\_\_

Assinatura do participante

**SE EU NÃO QUISER PARTICIPAR DO ESTUDO, QUE OUTRAS ALTERNATIVAS TENHO?**

É importante que você saiba que pode escolher não participar do estudo. Caso não queira participar, informe ao aplicador a não participação no estudo.

**QUAIS INFORMAÇÕES SERÃO MANTIDAS EM SIGILO?**

Seus dados serão mantidos em estrito sigilo e não serão compartilhados com ninguém. Se os resultados do estudo forem apresentados ou publicados, seu nome não será usado e nenhuma informação que revele sua identidade será liberada ou publicada sem seu consentimento específico para divulgação.

**A PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO PODE SER ENCERRADA PREMATURAMENTE?**

Sua participação neste estudo é totalmente voluntária. Você pode se recusar a participar do estudo, ou pode interromper sua participação a qualquer momento, sem que isto afete seu tratamento futuro ou qualquer rotina diária.

**RECEBEREI PAGAMENTO PARA PARTICIPAR DESTE ESTUDO?**

Não. Os participantes não receberão nenhum pagamento pela participação neste estudo. Sua participação nessa pesquisa é voluntária.

**SE EU TIVER QUAISQUER DÚVIDAS OU PROBLEMAS, QUEM DEVO CONTATAR?**

Se você tiver quaisquer dúvidas ou preocupações relacionadas a este estudo agora ou mais tarde entre em contato com o pesquisador através do número (27)99957-4549 ou pelo e-mail [sebastiaoobarros@outlook.com](mailto:sebastiaoobarros@outlook.com)

Você também poderá entrar em contato com o CEP - EMESCAM pelo telefone (27) 3334-3586 ou pelo E-mail: [comite.etica@emescam.br](mailto:comite.etica@emescam.br) ou se dirigir até o endereço CEP-EMESCAM Av. N. S. da Penha, 2190, Santa Luiza, Vitória – ES. É importante ressaltar que o atendimento ocorre de 2ª a 6ª feira, de 7:00 às 16:00 horas, horário de Brasília e que o horário de funcionamento do CEP-EMESCAM acompanha o da área administrativa da instituição.

ATENÇÃO! Todas as páginas deverão ser rubricadas. \_\_\_\_\_  
Assinatura do participante

## DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Eu, \_\_\_\_\_, RG  
\_\_\_\_\_/ \_\_\_, CPF \_\_\_\_\_, portanto, certifico o seguinte:

- Li as informações acima e entendo que o estudo envolve uma pesquisa. Estou ciente do objetivo do estudo, bem como dos benefícios e riscos potenciais de minha participação no estudo. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer prejuízo.
- Tive a oportunidade de esclarecer minhas dúvidas. Todas as minhas dúvidas foram esclarecidas satisfatoriamente.
- Entendo que tenho liberdade para me retirar deste estudo a qualquer momento sem precisar fornecer as razões e sem que isto afete meu tratamento ou rotina diária.
- Também permito que os auditores da autoridade regulatória nacional ou do Comitê de Ética em Pesquisa tenham acesso direto aos meus registros originais para verificação dos procedimentos e/ou dados do estudo até onde for permitido pela lei e regulamentos aplicáveis.

Concordo em participar deste estudo e entendo que receberei uma cópia assinada deste formulário.

Nome em Letra de Forma: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Participante

Vitória, Espírito Santo, Brasil, dia \_\_\_/\_\_\_2016.

### TERMO DE CONSENTIMENTO ADMINISTRADO E EXPLICADO PESSOALMENTE POR:

**De acordo com meu julgamento, o participante está voluntária e conscientemente fornecendo seu consentimento livre e esclarecido e possui a capacidade legal para fornecer o consentimento informado para participação neste estudo de pesquisa.**

\_\_\_\_\_  
Assinatura do pesquisador

Vitória, Espírito Santo, Brasil, dia \_\_\_/\_\_\_2016.

**ATENÇÃO!** Todas as páginas deverão ser rubricadas. \_\_\_\_\_  
Assinatura do participante

## ANEXO A – AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE



PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
ESCOLA TÉCNICA E FORMAÇÃO PROFISSIONAL DE SAÚDE  
Professora Angela Maria Campos da Silva

### DECLARAÇÃO

Declaro, para fins de apresentação no Comitê de Ética, que a Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS) está de acordo e possui infraestrutura adequada para a realização do projeto de pesquisa intitulado: "ATENÇÃO FARMACÊUTICA NAS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA DA PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA" de autoria de SEBASTIÃO GONÇALVES DE BARROS NETO. O início da coleta de dados fica condicionado à aprovação do projeto no Comitê de Ética e fornecimento, pela ETSUS-Vitória, de Carta de Apresentação do pesquisador ao(s) campo(s) de pesquisa.

Vitória, 27 de julho de 2016

Regina Célia Diniz Werner

Diretora da Escola Técnica e Formação Profissional de Saúde

**ANEXO B – AUTORIZAÇÃO CEP – EMESCAM****EMESCAM**

Tradição e Conhecimento em Saúde

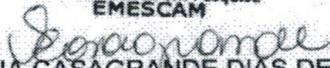
**DECLARAÇÃO**

O projeto de pesquisa "ATENÇÃO FARMACÊUTICA NAS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA DA PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA, ESPÍRITO SANTO, BRASIL", cadastrado na Plataforma Brasil com o nº 59465116.7.0000.5065 (CAAE), do pesquisador responsável "Sebastião Gonçalves de Barros Neto", foi analisado e julgado pelo Colegiado do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) desta Instituição.

Declaramos que o referido projeto cumpre plenamente as exigências da resolução 466/2012 e resoluções posteriores da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Ministério da Saúde e, portanto, foi **APROVADO**, pelo Colegiado do CEP na reunião ordinária de 27/09/2016, com parecer de aprovação nº 1.748.496.

Vitória, 07 de junho de 2017.

*Patrícia Casagrande D. Almeida*  
Coordenadora  
Comitê de Ética em Pesquisa  
EMESCAM

  
PATRÍCIA CASAGRANDE DIAS DE ALMEIDA

Coordenadora do CEP/EMESCAM