



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA**  
**INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**  
**DOUTORADO EM SAÚDE PÚBLICA**

**PATRICIA SODRÉ ARAÚJO**

**Política de Assistência Farmacêutica: A questão da  
atenção farmacêutica no SUS**

**SALVADOR**

**2016**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA**  
**INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**  
**DOUTORADO EM SAÚDE PÚBLICA**

**PATRICIA SODRÉ ARAÚJO**

## **Política de Assistência Farmacêutica: A questão da atenção farmacêutica no SUS**

Tese apresentada ao Programa da Pós-graduação do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Saúde Pública, área de concentração em Planejamento e Gestão em Saúde

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Ediná Alves Costa

**SALVADOR**

**2016**

Ficha Catalográfica  
Elaboração Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

A658p

---

Araújo, Patrícia Sodré.

Política de Assistência Farmacêutica: a questão da atenção farmacêutica do SUS / Patrícia Sodré Araújo. -- Salvador: P.S. Araújo, 2016.

151 f.

Orientadora: Profa. Dra. Ediná Alves Costa.

Tese (doutorado) – Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia.

1. Atenção Farmacêutica. 2. Assistência Farmacêutica. 3. Política de Saúde. 3. Medicamentos. 4. Sistema Único de Saúde.  
I. Título.

CDU 615

---



Universidade Federal da Bahia  
Instituto de Saúde Coletiva – ISC  
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

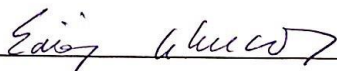
**PATRÍCIA SODRÉ ARAÚJO**

**Política de Assistência Farmacêutica: a questão da atenção farmacêutica no SUS.**

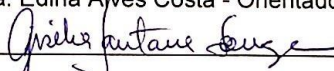
A Comissão Examinadora abaixo assinada aprova a tese, apresentada em sessão pública ao Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde da Universidade Federal da Bahia.

**Data de defesa:** 01 de dezembro de 2016.

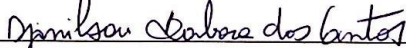
**Banca Examinadora:**



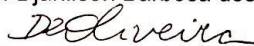
Profª. Ediná Alves Costa - Orientadora - ISC/UFBA



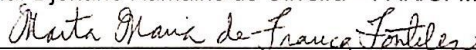
Profª. Gisélia Santana Souza – FAR/UFBA



Prof. Djanilson Barbosa dos Santos – CCS/UFRB



Profª. Djenane Ramalho de Oliveira – FAR/UFMG



Profª. Marta Maria de Franca Fonteles - FFOE/UFC

**Salvador  
2016**

Se a gente lembra só por lembrar  
O amor que a gente um dia perdeu  
Saudade inté que assim é bom  
Pro cabra se convencer  
Que é feliz sem saber  
Pois não sofreu

Porém se a gente vive a sonhar  
Com alguém que se deseja rever  
Saudade, entonce, aí é ruim  
Eu tiro isso por mim  
Que vivo doido a sofrer

Ai quem me dera voltar  
Pros braços do meu xodó  
Saudade assim faz roer  
E amarga qui nem jiló  
Mas ninguém pode dizer  
Que me viu triste a chorar  
Saudade, o meu remédio é cantar

Que Nem Jiló  
Luiz Gonzaga

Dedico a tese e a canção para o homem mais importante de minha vida: meu pai. Você me ensinou tantas coisas... me ensinou a superação quando me contava as melhores histórias de minha infância, em que você era o herói cearense pobre nascido nas Campinas de Irauçuba, órfão de uma mãe que morreu de parto sem assistência médica e de um pai lavrador que deixou 12 filhos que cresceram em meio a muita pobreza mas com muita amor e dignidade. Pois é meu Pêpe... me ensinou a amar ao seu Ceará e a família. Sua lembrança me traz lágrimas de saudades, mas me enche de alegria e orgulho de ter nascido filha de Pedro Segundo Araújo, o melhor pai que Deus podia ter me dado nessa terra e que tenho a certeza de fé que irei encontrar na eternidade. Amei-te, amo e sempre te amarei, dedico não só esse trabalho, mas meu coração e minhas lembranças de todos os dias a você, querido pai e querido amigo. Saudade meu remédio é cantar!

## AGRADECIMENTOS

São tantas pessoas para agradecer e, graças a Deus por isso, afinal não quero com minha ingratidão perder a afeição dos que tão generosamente contribuíram para que eu pudesse chegar até aqui e concluir esse trabalho.

Obrigada, Deus, pela vida renovada e pela possibilidade do recomeço depois de pensar que o fim havia chegado com aquele câncer. Obrigada pela chance, pela oportunidade, pela bondade, pelo amor e companhia nos momentos em que só podíamos estar nós, te amo não só pelo milagre, mas por tudo que o Senhor é e que representa pra mim.

Aos meus pais pelo amor de sempre. Pai, queria que estivesse aqui, até imagino seus braços abertos, seu sorriso largo (depois de contar a todos os vizinhos que sua filha agora é uma doutora!) me dizendo: Parabéns, minha filha! E você, mãe, obrigada por cuidar de mim quando só uma mãe como você poderia cuidar. Obrigada pela paciência e pelas comidinhas especiais que aprendeu a fazer, sempre lembrarei suas lágrimas escondidas e suas orações por mim, mas quero agradecer pelos sorrisos que agora posso ter com você! Minhas irmãs queridas, vocês são especiais. Meus sobrinhos lindos e em especial a Liz, por ser minha companheirinha de lutas, foi tão significativo, meu amor, àqueles momentos que você olhava pra mim e dizia: “Tia cheguei e vim cuidar de você! Força, tia guerreira!” Titia sempre vai lembrar-se do quanto você alegrou meus dias de dor e de luta. Família linda a minha, não é?

Muito obrigada aos amigos que não pretendo esquecer nenhum e por isso não vou nomina-los. Aos colegas de turma do doutorado, foi especial conhecê-los. Aos colegas da SESAB, aos colegas da UNEB em especial, Ana Paty, Mila, Ângela e Marcelo, valeu a força, gente! E aos meus alunos queridos.

Aos funcionários do ISC e aos amigos do CCVISA. Obrigada pelas orações e palavras de ânimo, guardarei todos em meu coração para sempre.

Aos professores Djanilson Barbosa, Djenane Ramalho, Marta Fonteles e Gisélia Santana pelas contribuições e esforço por estarem aqui. Muito obrigada.

E por último, e por isso mais importante, faço um agradecimento especial à professora, orientadora, amiga, irmã de fé: Pró Ediná. Aprendo tanto com você! Sua dedicação, competência, sua extrema seriedade com o ofício de professora e

pesquisadora, sua sabedoria e generosidade são lindos adornos em sua personalidade. Obrigada por se alegrar comigo, mas também chorar comigo. Quero sempre estar juntinha de você, querida amiga.

Diga o que você pensa com esperança.

Pense no que você faz com fé.

Faça o que você deve fazer com amor!

Ana Carolina



## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ANVISA - Agencia Nacional de Vigilância Sanitária

APAC - Pharmaceutical Advisory Council

APS – Atenção Primária à saúde

CFR - Code of Federal Regulations

CMS - Centers for Medicare & Medicaid Services

CPT - Current Procedural Terminology

EUM - Estudos de utilização de medicamentos

HMR - Home Medicine Review

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MBS - Medical Benefits Schedule

MedPAC - Medicare Payment Advisory Commission

MTM – Medication Therapy Management

MUR - Medicine Use Review

NHS - The National Health Service

NMS - New Medicine Service

OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico

OPAS –Organização Pan Americana de Saúde

PCDT - Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas

PIB - Produto Interno Bruto

PNAF – Política Nacional de Assistência Farmacêutica

PNAUM- Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Uso Racional de Medicamentos

PNM – Política Nacional de Medicamentos

PRM - problemas relacionados ao uso dos medicamentos

RDC – Resolução de Diretoria Colegiada

RMMR - Residential Medication Management Review

SINITOX - Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas

UFBA – Universidade Federal da Bahia

## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO</b> .....	12
<b>INTRODUÇÃO</b> .....	14
<b>ELEMENTOS PARA CONSTRUÇÃO DE UM MARCO REFERENCIAL</b> .....	21
<b>Artigo I – Atenção Farmacêutica: Fundamentos, finalidade, atividades e ações inerentes ao conceito</b> .....	42
RESUMO.....	43
ABSTRACT.....	44
INTRODUÇÃO.....	45
ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS.....	48
RESULTADOS.....	51
DISCUSSÃO.....	58
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	82
REFERÊNCIAS.....	89
<b>Artigo II - Atividades farmacêuticas de natureza clínica na atenção básica no Brasil</b> .....	99
RESUMO .....	100
ABSTRACT .....	101
INTRODUÇÃO .....	102
METODOLOGIA .....	103
RESULTADOS E DISCUSSÃO .....	105
CONCLUSÕES.....	110
REFERÊNCIAS.....	112
<b>Artigo III – Política de Assistência Farmacêutica: Concepção e desenvolvimento da atenção farmacêutica na atenção básica no SUS</b> .....	122
RESUMO.....	123
ABSTRACT .....	124
INTRODUÇÃO.....	125
ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS.....	127
RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	131
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	137
REFERÊNCIAS.....	139
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	142
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	147

## APRESENTAÇÃO

Essa Tese de Doutorado foi desenvolvida junto ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (UFBA), na área de concentração Planificação e Gestão em Saúde.

Considero que o caminho percorrido até o momento reflete um esforço para compreender a profissão farmacêutica e o significado do meu papel como educadora de novos farmacêuticos. O interesse sobre o tema da atenção farmacêutica sempre esteve presente em minha trajetória, e foi exatamente o trabalho na área, considerada até então de vanguarda, que me mobilizou para a docência.

Interessa, nesse trabalho, compreender como o sentido da atenção farmacêutica identificado na produção científica e nas políticas conformam as experiências no ‘mundo real’ que é onde as pessoas vivenciam os problemas decorrentes da utilização (ou não utilização) dos medicamentos.

O objeto que envolve o ‘ser’ farmacêutico é o medicamento, esse objeto tão complexo que exprime tantos sentidos, ao mesmo tempo em que pode ser mercadoria, é um insumo de saúde, mas é também a ‘vida’ ou a ‘morte’ para quem deles necessita. A atenção farmacêutica surge como proposta para assegurar que os farmacêuticos assumirão a responsabilidade e o compromisso pelos problemas farmacoterapêuticos dos pacientes e que para isso terão que assumir novas responsabilidades, compromissos e atitudes para assegurar o cumprimento dessa finalidade.

Entretanto, o que se denomina ‘atenção farmacêutica’ assume significados distintos tanto no ‘mundo da ciência’ quanto nas políticas específicas no âmbito da Assistência Farmacêutica. As diferenças operam no plano epistemológico e se reproduzem na prática. Essa característica faz desse tema e dessa definição um constructo que precisa ser problematizado e investigado para que os pacientes possam ser beneficiados no atendimento de suas necessidades.

Essa tese está organizada sob o formato de artigos. Inicialmente, foi feita uma introdução geral do trabalho onde se apresenta o tema, a delimitação do problema e o objeto de estudo e a justificativa da pesquisa. Em seguida, apresenta-se detalhamento do referencial teórico da tese.

Os capítulos seguintes constituem artigos. O primeiro artigo apresenta uma revisão da literatura internacional sobre a atenção farmacêutica cujo objetivo foi analisar como esta é compreendida na literatura e nas políticas farmacêuticas. Especificamente, pretende-se descrever os elementos que caracterizam a atenção farmacêutica na literatura científica e nas políticas de saúde de outros países e também do Brasil, considerando fundamentos, finalidade, atividades e ações inerentes ao conceito.

O segundo artigo utilizou dados da Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Uso Racional de Medicamentos – PNAUM, conduzida pelo Ministério da Saúde e onze instituições acadêmicas, incluindo a UFBA. O objetivo do artigo foi caracterizar as atividades de natureza clínica (atenção farmacêutica, acompanhamento, seguimento farmacoterapêutico, educação em saúde) desenvolvidas nas unidades básicas de saúde (UBS) do SUS e a participação do farmacêutico em atividades voltadas à promoção da saúde. Este artigo foi submetido à Revista de Saúde Pública em conjunto com as demais produções da PNAUM e que, caso sejam aprovados, comporão um número especial desse periódico.

O terceiro artigo tem como objetivo identificar e discutir aproximações e distanciamentos das atividades clínicas desenvolvidas na atenção básica do SUS em relação à concepção de atenção farmacêutica encontrada na literatura e nas políticas farmacêuticas, objeto de análise.

Finalmente, apresenta-se um conjunto de “considerações finais”, que contém uma breve análise dos elementos essenciais para o desenvolvimento de políticas farmacêuticas que tenham como objetivo implementar a atenção farmacêutica, além de propor questões de pesquisa que precisam ser aprofundadas e investigadas.

## INTRODUÇÃO

O debate sobre as políticas de Assistência Farmacêutica e de medicamentos se insere na questão que envolve a relação do Estado e das políticas públicas de saúde. No Brasil, a partir da promulgação da atual Constituição da República, que ocorreu no ano de 1988, o país passou a contar com preceitos constitucionais que propõem um Estado de Bem Estar Social, ou seja, um Estado do tipo Social Democrata. A concepção constitucional inovadora da assistência à saúde propõe que, essa seja obrigação do estado e direito de todos os cidadãos, sustentadas por princípios ético-filosóficos de universalidade, integralidade e equidade (COELHO, 2001).

Historicamente, as políticas sociais no Brasil possuem como característica a subordinação aos interesses políticos e econômicos e, como resultado, refletem relações que não incorporam o reconhecimento aos direitos sociais e conservam em sua concretização o caráter fragmentário, setorial e emergencial (BEHRING e BOSCHETTI, 2009). A análise das políticas de assistência farmacêutica e de medicamentos deve, portanto, considerar as limitações políticas, econômicas e administrativas decorrentes do processo de ajuste estrutural, adotado nos países em desenvolvimento (COELHO, 2001; BEHRING e BOSCHETTI, 2009).

Os autores Coelho (2001), Behring e Boschetti (2009) apontam que a grande contradição entre os governos da década de 1990 e a Constituição da República consiste em que, enquanto a Constituição possui clara orientação social democrata (do Estado de Bem Estar Social), os governos são, por sua vez, de orientação neoliberal. Essa contradição também ocorre acentuadamente quando se discute acesso, qualidade e humanização dos serviços de saúde prestados pelo SUS, incluindo o acesso aos medicamentos.

Neste período, tem-se convivido com uma política deliberada de exclusão da sociedade à assistência farmacêutica, em todos os setores. Para Passos, Tramontano e Souza (2011) tal afirmativa é observada quando:

“... se verifica os preços extorsivos de medicamentos resultado do superfaturamento no preço das matérias primas adquiridas nas matrizes das indústrias no exterior e a cartelização do setor no Brasil, nas dificuldades para a implantação da política de genéricos, na ausência de uma política de medicamentos essenciais, onde se percebe o distanciamento da possibilidade de

acesso, e organização da Assistência farmacêutica com humanização e qualidade no SUS”.

Outros autores (GARCIA et al, 2013) reforçam a afirmativa de que o acesso aos medicamentos no Brasil segue o padrão de iniquidades sociais. Dados da Conta Satélite de Saúde 2010-2013 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) identificou que o gasto com medicamentos das famílias brasileiras é quase duas vezes maior que o total desembolsado pelo governo para fornecer medicamentos à população. Segundo o levantamento, o valor desembolsado pelas famílias chegou a 78,5 bilhões de reais em 2013, o que representa 1,5% do Produto Interno Bruto (PIB) (IBGE, 2015).

Em 2004, o IBGE identificou que uma média de 77% das famílias pesquisadas demonstrou registro de gasto com medicamentos, sendo o gasto per capita médio com medicamentos por família, à época, R\$ 17,91. Nesse período, identificou ainda que o gasto entre as famílias com menor renda foi maior do que entre as famílias com maior renda, significando, portanto, que as famílias com menor renda comprometiam, proporcionalmente, maior parcela da renda familiar na aquisição de medicamentos do que as famílias com maior renda. A forte desigualdade na distribuição de renda, que ainda prevalece na sociedade brasileira, se manifesta da mesma forma na desigualdade do gasto das famílias com medicamentos (IBGE, 2004).

Em 2009 (IBGE, 2009), ao avaliar os dados da Conta Satélite Saúde Brasil, identificou-se que, quando se observam os gastos totais com as atividades ligadas à saúde no país, não apenas as direcionadas à compra de medicamentos, o setor público brasileiro ampliou sua participação de cerca de 40% para 48,6% entre 2005 e 2007. Ainda assim, cabe às famílias a maior parte das despesas com consumo final (49,8%) e embora as despesas com medicamento para distribuição pelo setor público tenham aumentado de R\$ 3,8 bilhões para R\$ 4,7 bilhões entre os dois anos, a participação do governo nesse consumo permaneceu estável.

Quando compara-se o padrão de despesas com saúde e medicamentos do Brasil em relação a países Europeus; nota-se que, em média, os governos europeus cobrem uma parte maior dos gastos com saúde do que as famílias. Países integrantes da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), mostram

que a administração pública responde, em média, por 70% dessas despesas; já o Brasil apresenta padrão diferente, comparável ao México, por exemplo, onde o gasto proporcional das famílias é maior do que o dos governos (FAMÍLIAS, 2009).

No Brasil, a Política Nacional de Medicamentos (PNM) apresentou como aspecto importante de sua concepção a ideia de garantir à população brasileira acesso seguro, eficaz e com qualidade aos medicamentos essenciais (PERINI, 2003). Entre as diretrizes consideradas prioritárias na política está a reorientação da Assistência Farmacêutica que tem como propósito “garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade destes produtos, a promoção do uso racional e o acesso da população àqueles considerados essenciais” (BRASIL, 1998). A PNM buscou se cercar da garantia ao acesso racional aos medicamentos essenciais, mediante a reorientação da Assistência Farmacêutica, diretriz prioritária estabelecida pela mesma.

Segundo a Organização Mundial de Saúde – OMS (DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA, 1978), para que o acesso aos medicamentos seja racional é necessário que estejam disponíveis para uma finalidade específica e que atendam às necessidades da população. É importante levar em consideração à localização do serviço e do usuário, os custos dos serviços, as condições socioeconômicas dos usuários e que sejam consideradas as suas expectativas frente ao cuidado prestado pelos serviços e à qualidade dos produtos.

O acesso a medicamentos essenciais de qualidade, bem como o uso racional desses insumos de saúde deve ser assegurado à população; no entanto, alguns aspectos, a exemplo da inexistência, fragilidade, inconsistência e insuficiência de aplicação de recursos e investimentos na pesquisa e desenvolvimento de inovações terapêuticas e a implementação de programas de saúde voltados ao atendimento das necessidades dos países em desenvolvimento, vem atravancando o acesso a medicamentos, especialmente entre os que mais demandam esses insumos.

A garantia da oferta de serviços farmacêuticos para a população, assim como a provisão desses serviços por meio de profissionais (sejam eles prescritores, dispensadores e gestores) não implica, necessariamente, na garantia de acesso pela população, pois, a disponibilidade ou mesmo existência de serviços não mostra a extensão em que os mesmos são utilizados ou se são adequadamente utilizados.



A promoção do uso racional de medicamentos é outro importante componente da PNM, dado o fato de que o SUS registra milhões de consultas médicas e internações hospitalares por ano e que o medicamento é importante ferramenta terapêutica, muitas vezes resultante do processo de prescrição; pode-se inferir a dimensão que os medicamentos adquirem nesse processo (BRASIL, 1998).

A OMS define que o uso racional do medicamento acontece na medida em que o paciente recebe o medicamento apropriado à sua necessidade clínica, na dose e posologia corretas, por um período de tempo adequado e ao menor custo para si e para a comunidade (WHO, 2004).

Dessa forma, o uso racional de medicamentos inclui: 1) Escolha terapêutica adequada (é necessário o uso de terapêutica medicamentosa); 2) Indicação apropriada, ou seja, a razão para prescrever está baseada em evidências clínicas; 3) Medicamento apropriado, considerando eficácia, segurança, conveniência para o paciente e custo; 4) Dose, administração e duração dos tratamentos apropriados; 5) Paciente apropriado, isto é, inexistência de contraindicação e mínima probabilidade de reações adversas; 6) Dispensação correta, incluindo informação apropriada sobre os medicamentos prescritos; 7) Adesão ao tratamento pelo paciente; 8) Seguimento dos efeitos desejados e de possíveis eventos adversos consequentes do tratamento.

O uso irracional de medicamentos é considerado um importante problema de saúde pública tendo em vista o impacto econômico, social e sanitário que dele decorre. O uso irracional de medicamentos contribui para a elevada prevalência da morbimortalidade relacionada aos medicamentos e os custos consequentes. No Brasil, embora não se verifiquem estudos de grande porte que estimem essa prevalência, dados do Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas (Sinitox), destacam que, entre os quase 108 mil casos registrados de intoxicação humana em 2013, os medicamentos lideraram a lista de principais causas de intoxicações. Tal fato indica a magnitude que o uso irracional de medicamentos pode alcançar no contexto brasileiro (REIS, 2003; SINITOX, 2013; JOHNSON e BOOTMAN, 1995).

Uso racional também implica a oferta de tratamentos, insumos e tecnologias com base nas melhores práticas terapêuticas e assistenciais, amparadas em evidências científicas seguras, estudos clínicos com resultados confiáveis, e que,

principalmente, tenham sido avaliados pelas instâncias regulatórias e de fiscalização no País (WHO, 2004).

Nesse sentido, o uso racional dos medicamentos envolve atores importantes, o prescritor, o paciente e o dispensador que interagem numa dinâmica que é, em muitas questões, influenciada pelas políticas farmacêuticas, relações com o mercado farmacêutico (a exemplo da propaganda médica), a organização da rede de serviços, o nível de educação da sociedade, o arcabouço legal e os fatores culturais (WHO, 2004). Num esforço para compreender como se articulam essas relações e quais os seus determinantes é que algumas áreas de conhecimento tem-se organizado, entre as quais se destacam os estudos de utilização de medicamentos, a farmacovigilância e a farmacoeconomia.

Os estudos de utilização de medicamentos (EUM) no Brasil têm assumido relevância no contexto da saúde pública e na área farmacêutica. A ênfase, entretanto é dada aos estudos farmacoepidemiológicos, nos quais se privilegiam métodos quantitativos. Entretanto se reconhece que a utilização de medicamentos é um fenômeno complexo, e que a abordagem qualitativa pode colaborar na compreensão do fenômeno “utilização de medicamentos”, possibilitando a geração de práticas profissionais, culturalmente mais apropriadas, como a prática prescritional e da atenção farmacêutica (LEITE, VIEIRA, VEBER, 2008; ANVISA, 2006).

Nesse sentido, têm sido estimulados trabalhos em que se privilegiem compreender o fenômeno relacionado ao uso de medicamentos não somente a partir dos serviços de saúde, mas também como ele ocorre na comunidade. Embora ainda pouco expressivas, as abordagens qualitativas dos estudos de utilização de medicamentos demonstram maior preocupação do campo da saúde em compreender o processo de uso irracional de medicamentos e suas motivações (LEITE, VIEIRA, VEBER, 2008).

Um documento nesse sentido foi publicado pela OMS: Novo Guia de Investigação de Uso de Medicamentos recomenda a utilização de métodos de pesquisa qualitativos, além da já estabelecida farmacoepidemiologia. O documento estimula a realização de investigações que realizem aproximação com os estudos qualitativos, que contribuem para compreender a perspectiva do usuário de medicamentos, suas dificuldades, expectativas, relação com a saúde e com o

medicamento. Esses resultados complementam os produzidos pelos estudos epidemiológicos no reconhecimento da abrangência da utilização de medicamentos (WHO, 2004).

Cipolle, Morley e Strand (2004), idealizadores da prática da atenção farmacêutica, denominaram a subjetividade relacionada com o uso de medicamentos de experiência do paciente com o medicamento. Esta se traduz pelo conhecimento individual adquirido a partir do momento em que o paciente se submete a eventos ou situações relacionadas com o medicamento. A experiência do paciente com medicamentos é a “soma de todos os eventos que ocorreram na vida do paciente envolvendo a sua farmacoterapia”. Essa experiência, pessoal e intransferível, determina as crenças do paciente e condiciona uma vivência que vai explicar suas atitudes, preferências e decisões futuras relacionadas à terapia medicamentosa, sejam os medicamentos prescritos ou não (CIPOLLE, STRAND E MORLEY, 2004; RAMALHO DE OLIVEIRA, 2003).

A importância da compreensão dos fenômenos relacionados ao uso dos medicamentos possibilitará aos trabalhadores da saúde realizar uma abordagem ao paciente mais eficiente e ações educativas que proporcionem impacto real no uso racional de medicamentos. Ao compreender por que as pessoas utilizam medicamentos como referem é possível planejar intervenções que são sensíveis para particularizar crenças, práticas e necessidades dos pacientes de uma dada comunidade, refletindo de maneira mais direta no uso racional dos medicamentos.

Assim, a questão da atenção farmacêutica está colocada como diretriz na Política Nacional de Assistência Farmacêutica, tendo em vista que, em vários países tem sido assumida enquanto política estratégica para a redução do impacto da morbimortalidade relacionada ao uso de medicamentos (YORDANOVA E PETKOVA, 2013). No entanto, os trabalhos que apontam como a prática acontece no SUS, ou seus resultados, são incipientes e a realização de trabalhos que explorem essa temática é escassa, principalmente que analisem essa prática em políticas que a mesma é incorporada.

A atenção farmacêutica encontra alguns obstáculos, principalmente no que concerne à compreensão do seu significado. Em geral, a definição adotada por Hepler e Strand (1990) é considerada como um marco consensual, no entanto, essa

definição foi assumida antes mesmo da prática existir (STRAND, CALERO, 2004), o que demarcou a necessidade de uma redefinição adotada por Cipolle, Morley e Strand (1998), após os resultados do projeto de implantação da prática nos EUA.

Em diversos países, grupos de pesquisas começaram a desenvolver suas experiências com maior ou menor êxito. Pode-se assumir que as experiências ganharam contornos delimitados por seus sistemas de saúde e também pela trajetória da profissão farmacêutica nesses países (YORDANOVA, PETKOVA, 2013).

Assim, o que se percebe é que aquilo que se denomina de atenção farmacêutica assume significados distintos no Brasil, no que denominaríamos de ‘mundo da ciência’ e o como as políticas públicas, no âmbito farmacêutico compreendem essa prática. As diferenças operam no plano epistemológico e se reproduzem na prática. Mas, foi possível verificar que apesar dessas questões a atenção farmacêutica é uma diretriz que está na política e que se coloca como um desafio para a Farmácia.

Algumas questões são essenciais nesse debate. Questiona-se se existem serviços de dispensação de medicamentos que são estruturados onde a atenção farmacêutica ocorra de forma sistemática. Se esses serviços existem, os farmacêuticos conseguem exercer atividades relacionadas à atenção farmacêutica? Existe um processo de trabalho sistemático realizado pelos farmacêuticos? Como ele se caracteriza? Quais os fatores que dificultam ou favorecem a realização da prática da atenção farmacêutica? Existe uma demanda dos usuários pela atenção farmacêutica? Existe algum tipo de estratégia utilizada pelos usuários para satisfazer necessidades relacionadas ao uso dos medicamentos?

Considerando que existem políticas específicas que atribuem ao farmacêutico o exercício dessa atividade, o presente projeto de tese de doutorado pretende responder a seguinte questão central: Como se caracteriza a atenção farmacêutica nos serviços de farmácia na atenção básica no SUS?

## **ELEMENTOS PARA CONSTRUÇÃO DE UM MARCO REFERENCIAL**

A construção de um marco referencial para a Assistência Farmacêutica é desafiador tendo em vista a complexidade dessa área. O medicamento enquanto objeto central das políticas farmacêuticas é um objeto complexo, pois possui sentidos múltiplos e é um objeto que se situa entre ciência, mercado e sociedade (PIGNARRE, 1999). Somado a isso, é salutar lembrar que a política de Assistência Farmacêutica é uma política recente no Brasil, em que predomina o enfoque centrado nas questões de disponibilidade e distribuição de medicamentos (PERINI, 2003; BARRETO, GUIMARÃES, 2010).

O campo de pesquisa nessa área temática está ainda em construção e o apoio em referenciais que deem suporte às análises tem sido o caminho mais prudente. Sendo assim, considerou-se fundamental desenvolver referenciais teóricos sobre: as políticas farmacêuticas no Brasil, em especial as políticas que introduzem a atenção farmacêutica; os medicamentos que tecem uma rede de significados que influenciam as políticas e as práticas de saúde; o fenômeno da morbimortalidade relacionada aos medicamentos e a emergente necessidade dos usuários decorrentes dos problemas farmacoterapêuticos, bem como; os aspectos teórico-conceituais da atenção farmacêutica.

Embora esse trabalho não pretendesse realizar uma análise política em saúde, esta abordagem foi mandatória para compreender as políticas farmacêuticas do Brasil e de outros países que implantaram serviços de atenção farmacêutica e, estabelecer o conceito de política assumido tendo em vista o que afirmou Bobbio (1995): a política é inerente aos Estados, às pessoas e às instituições, e, por isso, inseparável do conflito.

### **Políticas sociais: As políticas farmacêuticas no âmbito das políticas de saúde**

A compreensão e avaliação das políticas farmacêuticas devem ser realizadas no âmbito das políticas sociais e no contexto do direito à saúde. Portanto, compreender a concepção de Estado e de política social que sustenta as ações e programas de intervenção realizados por um governo é prioritário neste debate posto que, como afirmam Fleury e Ouverney (2008), as políticas sociais assumem formas e modalidades

políticas e institucionais diferenciadas para assegurar o acesso aos benefícios àqueles considerados legítimos usuários dos sistemas de proteção social.

A conformação que as políticas sociais vão assumir em distintas realidades está relacionada ao tipo de proteção social adotada por um país. Isso explica porque, em alguns casos, o acesso à saúde pode ser uma medida de caridade, um benefício adquirido mediante pagamento prévio, ou o usufruto de um direito de cidadania. As políticas farmacêuticas também são resultado dessa conformação e por isso a compreensão destas em seus diferentes objetivos requer que seja realizada sob o olhar de alguns conceitos.

Inicialmente é necessário discutir os aspectos teórico-práticos relacionados à proteção social e as modalidades de seguridade social, bem como as formas de solidariedade desenvolvidas nessas modalidades relacionando-as com um debate acerca da cidadania. Em seguida, serão discutidas as definições acerca de políticas sociais e políticas públicas, apresentando a definição adotada para esse estudo do que se convencionará chamar de políticas farmacêuticas e, em especial, aquelas que terão como objeto a atenção farmacêutica.

A diversidade de teorias que procuram explicar o Estado de Bem-Estar Social encontra uma convergência no entendimento de que este é um fenômeno que surge em decorrência da ineficiência das estruturas de proteção social promovida pelo modo de produção capitalista (FLEURY, 2009).

Da necessidade coletiva de ‘estar protegido’ – necessidade que é construída socialmente e modificada em cada momento histórico – surge a noção de coesão social. Essa noção ressalta o foco na ação cooperativa entre classes e grupos sociais que se desenvolve a partir de um sistema normativo, de valores e crenças reconhecidos e compartilhados pelos indivíduos de uma dada comunidade, construindo, assim, o sentido de solidariedade que é necessária à coesão social (FLEURY, 2009).

Fleury, ao se referir aos Estados Sociais explica que os sistemas de proteção social são centrais na concepção desta tipologia de Estado, haja vista que esses sistemas têm como propósito harmonizar a tensão entre as relações sociais e os interesses privados, que no Estado de Bem-Estar Social, em maior ou menor medida, são subjugados ao interesse público. Os sistemas de proteção social seriam, ainda, uma resposta aos riscos, inseguranças e incertezas, sentimentos tão comuns em sociedades de

mercado; e aí se insere o debate a respeito da cidadania, que pressupõe a inclusão e ação em uma comunidade política na qual se partilham crenças relacionadas aos poderes públicos, à própria sociedade e ao conjunto de direitos e deveres atribuídos a cidadãos (FLEURY, OUVERNEY, 2008).

Höfling (2001) afirma que a cidadania consiste em um status concedido aos indivíduos pertencentes à determinada comunidade política e que teve seu desenvolvimento ocorrido conjuntamente com o nacionalismo e o estabelecimento do capitalismo, mas a efetivação da cidadania não se dá apenas na dependência do Estado – representante do poder centralizado e que possui o monopólio da força – mas se dá também pela legitimidade conferida, pelos cidadãos, ao poder político exercido pelo Estado.

Entretanto, a concretização da cidadania como condição real e efetiva não ocorre apenas com a postulação abstrata do sentido de igualdade social, iniciada na era das relações contratuais; antes, é preciso que ocorra a institucionalização de direitos universais na esfera de ação do Estado, via políticas públicas (FLEURY, OUVERNEY, 2008). A divisão entre Estado e Sociedade, Economia e Política faz parte da concepção do Estado moderno e da sociedade capitalista, centrada na igualdade entre os indivíduos, razão pela qual Fleury e Ouverney (2008) afirmam que tanto Estado quanto cidadania são contrafaces da mesma moeda, um não pode existir sem o outro.

Existe uma sintonia conceitual na relação entre cidadania e democracia. Pode-se admitir que a existência da democracia requer a existência de cidadãos e que, como a cidadania pressupõe solidariedade e igualdade, quer seja do ponto de vista do poder quanto da distribuição de renda, pode-se concluir que não é possível se construir uma democracia sem a presença de políticas públicas de proteção social, ou seja, sem políticas sociais (RODRIGUEZ, 2016).

As modalidades de proteção social e sua relação com as formas de cidadania e solidariedade às quais estas suscitam foram apresentadas na tipologia de proteção social proposta por Fleury e Ouverney (2008) que organizaram características que, em geral, estão agregadas nos diferentes tipos ideais de proteção social. As autoras propõem o uso desses tipos ideais para identificar distintos modelos de proteção empregada por diferentes países, permitindo comparar e analisar diferentes realidades concretas. A tipologia proposta apresenta os elementos ideológicos e valorativos que fundamentam a

base desses sistemas, os elementos organizativos e institucionais que viabilizam a implementação das opções políticas adotadas em cada tipologia e também as relações entre os modelos de proteção social e as condições de cidadania geradas em cada caso.

Os modelos apresentados pelas autoras variam no tocante à concepção de políticas sociais e suas instituições. Assim, encontramos as seguintes modalidades da proteção social: a assistência social, o seguro social e a seguridade social.

O modelo denominado assistência social, foi mais evidente em sociedades cujo contexto socioeconômico enfatizou o mercado e sua capacidade de se autorregular, além disso, os valores dominantes são a liberdade, o individualismo e a igualdade de oportunidades. Existe uma ênfase na ação pública de caráter compensatório e discriminatório sobre os grupos que recebem a proteção social, correspondendo ao paradigma do Estado Social Residual em que o Estado permanece restrito ao mínimo necessário à manutenção da existência do mercado (FLEURY, 1994). Essa relação social produz um modelo de cidadania denominado de Cidadania Invertida, pois os indivíduos ou grupo social são beneficiados por essas políticas devido ao seu fracasso social.

O modelo de seguro social tem sua origem no modelo bismarckiano de Estado Social que tem como principal característica a cobertura de grupos ocupacionais por meio de relação contratual que é sancionada pelo Estado. A Assistência é focada nos pobres, enquanto o seguro social está voltado para os trabalhadores inseridos no mercado formal. Seu objetivo é a manutenção das condições socioeconômicas dos beneficiários, em situações de risco, como a perda da capacidade de trabalho por idade, doenças ou acidentes. Esta subordinação dos direitos sociais à inclusão do indivíduo no mercado de trabalho é chamada Cidadania Regulada, devido ao condicionamento da inclusão de cada indivíduo na estrutura produtiva para seu pleno acesso à cidadania.

O modelo de Seguridade Social, ligado ao paradigma do Estado de Bem-Estar Social, que tem sua inspiração no princípio de justiça social, busca estender a todos os cidadãos o direito a um mínimo vital socialmente estabelecido, assegurado pelo Estado. Nesta proposta, pode-se falar em Cidadania Universal, pois os benefícios são assegurados enquanto direitos sociais adquiridos, sem a necessidade de contratos ou práticas de caridade, podendo dispor deles todos que necessitam. O Estado desempenha



papel central na administração e no financiamento do sistema, destinando recursos do orçamento público para a manutenção das políticas sociais.

Assim, as políticas públicas se constituem como projetos de intervenção que resultam de diferentes concepções do que é a sociedade, o que é Estado e política de saúde. Trona-se necessário apresentar elementos conceituais que contribuam para a compreensão que se estabelece entre Estado e políticas sociais, ou melhor, entre a concepção de Estado e as políticas que este implementa, em uma determinada sociedade, em determinado período histórico (HÖFLING, 2001).

Höfling (2001) assume que políticas públicas são o “Estado em ação”; ou seja, é o Estado implantando um projeto de governo, através de programas, de ações voltadas para setores específicos da sociedade. Entretanto, é necessário fazer diferenciação entre governo e Estado. Governo é colocado enquanto conjunto de programas e projetos propostos pela sociedade (políticos, técnicos, organismos da sociedade civil e outros) e que se configuram como orientação política de um determinado governo que assume e desempenha as funções de Estado por um determinado período.

O Estado por sua vez, não pode ser reduzido à noção de burocracia pública e aos organismos estatais que conceberiam e implementariam as políticas públicas. Höfling (2001) compreende as políticas públicas como aquelas de responsabilidade do Estado que as implementa e assegura a manutenção a partir de um processo de tomada de decisões envolvendo órgãos públicos e organismos e agentes da sociedade relacionados à política implementada. Assim, as políticas públicas não são reduzidas a políticas estatais e as políticas sociais se refeririam às ações que determinam o tipo de proteção social implementado pelo Estado, e direcionadas para a redistribuição dos benefícios sociais, visando a diminuição das desigualdades estruturais produzidas pelo modo de produção capitalista.

Para Fleury (2008), a política social é conformada por associações permanentes ou não, mas que estão atreladas ao desenvolvimento, à reprodução e à transformação dos sistemas de proteção social, em que a política de proteção social incluiria relações, processos, atividades e instrumentos que assegurem o desenvolvimento das responsabilidades públicas na promoção da seguridade e do bem-estar da população. A gestão dessas políticas se orientam por planos, programas, projetos e leis que demandam recursos humanos, físicos e financeiros. Estes investimentos, configuram os

chamados gastos com investimentos sociais, independente da fonte de financiamento (se pública, se proveniente de doações ou se tem origem em co-financiamento dos beneficiários) ou do setor que realiza a função.

As políticas sociais têm impacto social, à medida que interferem em indicadores sociais relacionados à saúde, educação e outros; têm impacto redistributivos e econômicos em termos de benefícios e perdas geradas pelos investimentos das políticas sociais sobre seus beneficiários (FLEURY, OUVÉNEY, 2008).

Assim, as políticas de saúde são políticas sociais de amplo alcance e se situam no centro de uma luta ideológica em que os conflitos de projetos vão se desenvolver no interior do Estado – instância do exercício de poder. Neste processo o Estado é objeto de disputa tanto pela sua estrutura quanto por ser considerada uma arena em que se enfrentam diversos interesses organizados, razão pela qual a política de saúde será sempre um produto das disputas desses projetos, desenvolvidos através de padrões institucionalizados que estabelecem a posição dos atores, a distribuição de poder e as preferências que definem as alianças e orientam a ação destes grupos (FLEURY, OUVÉNEY, 2008).

As Políticas Farmacêuticas, para fins desse estudo são entendidas como a decisão (ação ou omissão) do Estado em relação à questão dos medicamentos, numa perspectiva mais abrangente e em consonância com a recomendação da OMS. Neste sentido, são exemplos de políticas farmacêuticas: a implantação e desenvolvimento dos laboratórios oficiais, a criação (1971) e a extinção (1997) da Central de Medicamentos, o reconhecimento (ou não) de patentes nos diferentes governos brasileiros, a regulamentação da propaganda de medicamentos, a distribuição de medicamentos antirretrovirais nos serviços públicos (a partir de 1990), a instituição da Política Nacional de Medicamentos (1998), a promulgação da lei que instituiu o medicamento genérico (1999), a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (2004), a revisão e atualização da RENAME e demais instrumentos, medidas para ampliação do acesso (a exemplo da criação do Programa Farmácia Popular do Brasil), as Parcerias de Desenvolvimento Produtivo para medicamentos, as ações que estimulam a implementação de serviços farmacêuticos de natureza clínica, etc. (OAPS, 2016).

Assume-se também que a compreensão sobre as políticas farmacêuticas, tal como as demais políticas de saúde, envolve “estudos sobre o papel do Estado, a relação

Estado-sociedade, as reações às condições de saúde da população e aos seus determinantes, por meio de propostas e prioridades para a ação pública” (PAIM, TEIXEIRA, 2006, p. 74); e ainda, que estas políticas estabelecem relações com políticas econômicas e sociais, controle social, economia da saúde e financiamento. Nessa perspectiva, as políticas farmacêuticas que se relacionam com a implantação de serviços de atenção farmacêutica se inserem nessa definição e também expressarão dimensões de poder na conformação da agenda, na formulação, na condução, na implementação e na avaliação dessas políticas.

As políticas farmacêuticas no Brasil estão circunscritas no âmbito da Política de Saúde do país que compreende a saúde como direito universal e integral às ações e serviços de saúde. A assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica, tem como meta reduzir a carga de doenças na sociedade, minimizando o sofrimento e melhorando a qualidade de vida das pessoas e, assim, a produtividade do país. Além disso, as iniquidades sociais que afetam a distribuição de renda impactam diretamente no acesso aos medicamentos entre as famílias com menor renda (GUERRA, ACÚRCIO, 2013).

Buss (1998) ressaltou que, embora a concepção de saúde no Brasil se acercasse do modelo de proteção social próxima ao conceito de Bem-Estar Social, diversas tentativas de reformas neoliberais têm sido constantes, e na questão relacionada aos medicamentos se observava que sua distribuição é extremamente perversa, situação que ainda persiste. A redução dessa iniquidade é essencial para a efetivação do direito à saúde.

Enquanto objetivo, as políticas farmacêuticas se estruturam para assegurar o acesso e uso racional dos medicamentos. Assim, não é possível abordá-las sem uma análise sobre este objeto complexo: o medicamento.

### **Os Medicamentos e suas dimensões: uma proposta teórica**

Sobre os medicamentos pode-se afirmar que eles constituem a principal intervenção utilizada na prática clínica, por seu melhor custo-benefício (GUERRA, ACÚRCIO, 2013). No entanto, o uso expressivo desse recurso tecnológico na saúde não implica apenas em resultados positivos, inclui também as consequências decorrentes de seu uso irracional e até mesmo um quantum de eventos negativos que podem ocorrer devido à natureza intrínseca dessa tecnologia (contém benefícios e riscos) (COSTA, 2004).

Considera-se que o medicamento compõe um dos problemas centrais enfrentados no campo da saúde coletiva que decorre da influência que o medicamento exerce enquanto parte do complexo médico-industrial, na percepção de saúde e doença, tanto dos profissionais quanto da sociedade, funcionando eficazmente como símbolo (VIEIRA, 2006).

No contexto da intensa exploração mercantil da saúde, os medicamentos ocupam um espaço muito importante (LEFEVRE, 1991). Assumem papel simbólico e representações que vão desde o poder de curar qualquer doença, inclusive encobrendo os reais determinantes sociais destas, até a incorporação do significado de mercadoria, o que garante a acumulação de capital da indústria farmacêutica, um dos setores mais lucrativos do capital industrial (GIOVANNI, 1980).

Soma-se a essas constatações o fato que a sociedade de consumo, por sua vez, é influenciada pela ideia de que qualquer sofrimento, dor ou estado que não se encaixe no padrão instituído, inclusive estético, constitui algo insuportável para o indivíduo e, assim, é necessário restabelecer a normalidade. Para isso, esta sociedade, reifica a solução sob a forma de comprimidos utilizados por recomendação médica ou por automedicação (LEFEVRE, 1991; ARRAIS, 1997).

Ademais, o setor farmacêutico, amparado pela evolução tecnológica, ocorrida no campo da medicina, contribui para a existência do fenômeno conhecido por medicalização. Barros (1995) evidencia algumas das distorções do ‘complexo médico industrial’, que causou crescente e elevada dependência dos indivíduos e da sociedade à oferta de serviços e bens de ordem médico-assistencial.

Ante as considerações realizadas verifica-se a centralidade, a importância e as múltiplas relações que os medicamentos estabelecem no contexto da saúde, no complexo produtivo e na vida das pessoas revelando as diversas dimensões que estes assumem. Costa et. al (OAPS, 2016), afirmam que na perspectiva da Saúde Coletiva, os medicamentos assumem outras dimensões, além da dimensão técnica e agregam ainda dimensões de natureza econômica, social, política, sanitária e cultural/simbólica.

A **dimensão técnico-científica** do medicamento trata do medicamento enquanto produto ou tecnologia de saúde dotada de propriedades técnicas – sejam farmacológicas, farmacocinéticas, farmacodinâmicas, de eficácia e de segurança – capazes de reparar, minimizar ou prevenir uma situação indesejável a um indivíduo.

A **dimensão econômica** está relacionada ao custo que o medicamento representa para o indivíduo, para a gestão do sistema de saúde – seja municipal, estadual ou federal – além de ser um bem de consumo inserido em um poderoso segmento do complexo produtivo da saúde. O medicamento tem grande impacto na estrutura de gasto público e privado em saúde, ou seja, impactando diretamente nos orçamentos domiciliares e nos sistemas de saúde tornando o acesso a esses bens num desafio global. Em todo mundo, o gasto total com medicamentos está aumentando progressivamente, fenômeno que esta associada a fatores como envelhecimento da população, aumento do número de medicamentos por receita e introdução de novos medicamentos protegidos por patentes. (BERMUDEZ, OLIVIERA E LUIZA, 2012; WHO, 2011).

A **dimensão cultural e simbólica** representa o sentido que o indivíduo atribui ao medicamento. Leite e Vasconcellos (2010) chamam a atenção para o fato que mesmo diante da evolução tecnológica da área biomédica o fenômeno do adoecimento e o tratamento permanecem influenciados diretamente por crenças, percepções, religiosidade, hábitos tradicionais e relações de poder. Por essa razão, compreender o medicamento sem considerar o contexto cultural e social em que é consumido e interpretado pode criar distorções conceituais e de práticas que não atenderão as necessidades da saúde e expectativas da população. Pensar os medicamentos em sua dimensão simbólica e cultural deve considerar que os usuários de medicamentos têm uma experiência subjetiva e individual que influencia as atitudes e decisões sobre a utilização de seus medicamentos e que essa experiência pode incluir efeitos positivos ou negativos vivenciados por ele (RAMALHO DE OLIVEIRA, 2011).

Os medicamentos têm, ainda, uma **dimensão ideológica** que é resultante da produção social de sentido sobre o medicamento. Mészáros (2004) introduz que a ideologia é uma forma específica de consciência social, materialmente ancorada e sustentada, e enquanto consciência não pode ser superada nas sociedades de classe; a sua persistência deve-se à sua constituição objetiva como consciência prática inevitável das sociedades de classe. Consciência que está relacionada a um conjunto de valores e estratégias que rivalizam na tentativa de controlar o que o autor chama de ‘metabolismo social’, com implicações práticas de longo alcance em diversos setores, a exemplo da arte, literatura, filosofia, saúde etc.

O sentido do medicamento nessa dimensão é influenciado pelas relações de produção, divulgação e consumo desses medicamentos numa mesma lógica que reproduz a sociedade no modo de produção capitalista (GIOVANNI, 1980). Considera-se também o medicamento inserido em um conjunto de atividades que promovem a sua existência e manutenção no mercado e na sociedade, o que lhe possibilita ser entendido também como uma mercadoria (PIGNARRE, 1999). Essas atividades abrangem, em geral, a pesquisa e o desenvolvimento do medicamento, a produção, seleção para uso nas populações conforme critérios específicos, a distribuição (aos mercados, serviços de saúde e indivíduos) e o consumo (compreendendo a prescrição, a dispensação, o uso e o descarte adequado).

Já a **dimensão política** resulta da articulação das dimensões anteriores e de como refletirão nas decisões do Estado e na formulação de políticas relacionadas. A **dimensão sanitária** compreende o medicamento como uma tecnologia, um produto relacionado à saúde individual e coletiva, que desde a sua produção até o descarte pode oferecer riscos à saúde. Por esse motivo requer regulação em todas as etapas do seu ciclo produtivo. Para isso o Estado intervém sobre todas as atividades com medicamentos, mediante políticas específicas. Souza e Costa (2010) chamam a atenção que as atividades de regulação sanitária ocorrem em ambientes sujeitos a pressões de interesses econômicos contrariados, porém constituem-se parte de uma racionalidade do estado capitalista na “forma de serviço público estatal” para cumprir suas funções sociais e administrativas.

### **A morbimortalidade relacionada ao uso de medicamentos e a atenção farmacêutica**

Assumir essas múltiplas dimensões analíticas sobre os medicamentos representa também assumir sua complexidade enquanto objeto de estudo e de políticas públicas, considerando ainda a ‘vida do medicamento’ (PIGNARRE, 1999) que tem início no laboratório de pesquisa da indústria farmacêutica e continua até a comercialização e uso, expressando os resultados produzidos na vida das pessoas. Há que se considerar, também, que o medicamento estabelece relações entre o paciente, o médico (que prescreve) e o farmacêutico (que elabora e dispensa), relações estas mediadas por sentidos e por conflitos.

Se o processo de utilização de medicamentos ocorresse nas mesmas situações dos laboratórios de pesquisa poder-se-ia esperar resultados muito mais positivos, mas é exatamente na realidade concreta que os desafios para assegurar a melhor experiência com o uso de medicamentos que se apresentam – os problemas relacionados ao uso de medicamentos.

Em que pese os avanços relacionados à terapêutica medicamentosa terem alcançado importantes resultados no que concerne aos progressos e resultados clínicos dos pacientes, o uso de medicamentos pode também incrementar significativamente os custos da atenção à saúde, se utilizados de maneira irracional (LEITE, VIEIRA, VEBER, 2008; ANVISA, 2006). A utilização de medicamentos – considerados uma das ferramentas cruciais para a prevenção, cura e manutenção da saúde – em muitas circunstâncias tem sido realizada sem uma preocupação com o uso apropriado e seguro. Assim, para assegurar que o acesso e o uso racional dos medicamentos ocorram, os países em todo mundo têm desenvolvido políticas específicas sobre esses insumos de saúde.

A magnitude desse problema foi trazida a luz em 1995 (JOHNSON, BOOTMAN) e atualizada em 2001 (ERNEST, GRIZZLE) quando os pesquisadores estimaram que o custo decorrente dessa morbimortalidade nos EUA era de aproximadamente 300 bilhões de dólares, cifra que chama ainda mais à atenção quando revela que os americanos têm gastado mais para resolver os resultados negativos que os medicamentos produzem para as pessoas do que adquirindo os medicamentos.

Esta morbimortalidade tem sido definida como a incidência e prevalência de doenças, enfermidades, dano produzido e morte associada à farmacoterapia e são de natureza multicausal. Ela inclui tanto o uso não efetivo quanto as consequências indesejadas dos medicamentos. Essas consequências vão desde eventos adversos, interações medicamentosas e ausência de efetividade de tratamentos até a falta de acesso a tratamentos eficientes (ISSETS, 2016, ISSETS et al. 2012), problemas estes em sua grande maioria evitáveis. São problemas relacionados com a indicação, efetividade, segurança e adesão aos medicamentos.

Problemas decorrentes do uso de medicamentos no Brasil e no mundo são corriqueiros, aparecem nas mídias mais diversas, dando a impressão que fazem parte do

cotidiano. No Brasil, no entanto, atuações que garantam o uso racional dos medicamentos parecem operar mais no plano da retórica do que efetivamente na prática.

Uma revisão sistemática de estudos observacionais realizada em 2014 no Brasil, identificou importantes estudos demonstrando a elevada frequência de problemas de saúde decorrentes do uso de medicamentos. Entre os mais frequentes elencou aqueles relacionados à automedicação, cumprimento inadequado do tratamento, reações adversas, intoxicações por medicamentos, interações medicamentosas, falhas terapêuticas e erros de medicação (SOUZA et al).

No Brasil estudos têm sido realizados para demonstrar a prevalência desses problemas entre variados grupos da população (SANTOS, COELHO, 2004 e 2006; ROZENFELD, 2007; ROZENFELD et al., 2009). Apesar disso, existe carência de pesquisas que estimem custos econômicos dessa morbimortalidade. É possível que os resultados sejam surpreendentes, pois a assistência farmacêutica no país convive com problemas diversos que vão desde um menor acesso a medicamentos para grupos de doenças mais prevalentes (BRASIL, 2015) – o que contribui para a existência de problemas relacionados à adesão de medicamentos, a automedicação, o fácil acesso a medicamentos sob prescrição comercializados livremente em farmácias comunitárias privadas; a dificuldade de acesso a serviços de saúde – até uma crença ingênua e excessiva nos medicamentos que o transformam em bens de consumo (RAMALHO DE OLIVEIRA, 2011), como mercadoria qualquer.

Somado a isso é possível observar números que chamam a atenção como os dados do SNITOX (2014), que apontam os medicamentos como a principal causa de intoxicação. Números do Sistema de Notificação de Eventos Adversos (NOTIVISA) no ano de 2014 registrou 17.076 notificações desses eventos relacionados aos medicamentos; cerca de 40% do total de notificações (ANVISA, 2014).

Estimar esses custos é de grande relevância para os gestores de sistemas de saúde, para os pacientes e para a sociedade, pois possibilitará estabelecer meios de enfrentamento que assegurem reduzir o dano evitável relacionado aos medicamentos. Assim, em diversos países, os sistemas de saúde têm organizado os serviços farmacêuticos de forma que o processo de trabalho focado no medicamento seja superado por um modelo que agregue um enfoque nas necessidades dos usuários



relacionadas ao uso de medicamentos, exigindo, para isso, que os farmacêuticos desenvolvam competências e habilidades capazes de atender a essa necessidade.

O modelo de prática clínica farmacêutica responsável por realizar um gerenciamento da farmacoterapia para ajudar os usuários a prevenir e solucionar seus problemas com medicamentos e alcançar os objetivos terapêuticos denomina-se atenção farmacêutica (RAMALHO DE OLIVEIRA, 2011; BRASIL, 2004). Os resultados clínicos, humanísticos e econômicos dessa prática têm demonstrado benefício na redução da morbimortalidade relacionada à farmacoterapia, constatação que tem ampliado esse serviço em diversos países e sistemas de saúde (MOLES, 2015; BULAJEVA et al, 2014; YORDANOVA, PETKOVA, 2013).

No Brasil, o entendimento de gestores, profissionais e usuários sobre as ações da Assistência Farmacêutica, no que concerne ao processo de atenção à saúde, ainda é muito centrado na ideia de aquisição e distribuição/dispensação de medicamentos e, com frequência, associa-se os medicamentos a uma mercadoria. Essa percepção contribui para que o medicamento seja tratado como parte de um serviço de menor relevância no contexto dos serviços de atenção à saúde. As questões relacionadas a outras etapas do ciclo do medicamento são subvalorizadas e vão representar importante custo ao sistema de saúde (GADELHA, 2004).

Desse modo, a garantia do acesso aos medicamentos essenciais e à assistência farmacêutica, vai além de assegurar medicamentos de qualidade; também é necessário investir em qualificação profissional de gestores e profissionais envolvidos em todas as atividades do ciclo da assistência farmacêutica, que incluem desde a dimensão gerencial (seleção, programação, aquisição, armazenamento e distribuição) até atividades de caráter clínico como a prescrição e a dispensação, incluindo atenção farmacêutica, administração, seguimento e adesão.

Pode-se afirmar que atenção farmacêutica pode ser compreendida como um conceito em formação. Na revisão de literatura, para fins desse estudo, o termo atenção farmacêutica apresentou elementos que o caracterizam no ‘mundo da ciência’ e que necessariamente, estes elementos não encontram similaridade com o que os documentos oficiais e políticas entendem e expressam em sua essência.

Desde a definição de atenção farmacêutica proposta em 1990, por Hepler e Strand (1990), no artigo marco, denominado “Opportunities and responsibilities in

pharmaceutical care”, a produção científica na temática se tornou bastante expressiva. Estes autores propuseram uma definição que foi amplamente aceita pelos profissionais no mundo inteiro, como ideia fundamental da profissão de farmácia: “Provisão responsável do tratamento farmacológico com o propósito de alcançar resultados concretos que melhorem a qualidade de vida do paciente. Estes resultados são: 1) a cura da doença, 2) a redução ou eliminação dos sintomas, 3) a interrupção ou retardamento do processo patológico, e 4) a prevenção de uma doença ou dos sintomas” (p. 534).

O surgimento da atenção farmacêutica resulta do processo de amplificação dos problemas decorrentes do uso de medicamentos. Como discutido anteriormente, o trabalho marco de Johnson e Bootman (1995) demonstrou essa questão. Os resultados desse estudo contribuíram para que as políticas de saúde nos EUA estabelecessem estratégias para o enfrentamento desse problema de saúde. Assim, a atenção farmacêutica se colocou como estratégia que contribuiria para a redução da morbimortalidade relacionada ao uso de medicamentos (JOHNSON, BOOTMAN 1995).

A definição realizada por Hepler e Strand, no entanto, foi feita sem o contexto da prática e em 1992, Cipolle, Morley e Strand iniciam o Minnesota Pharmaceutical Care Project, realizado na Universidade de Minnesota, que tinha como proposta estabelecer a relação existente entre a teoria emergente da atenção farmacêutica e a prática (CIPOLLE, MORLEY, STRAND. 2004; CIPOLLE, MORLEY, STRAND, 2006).

O projeto foi desenvolvido, no principal cenário de prática do farmacêutico nos EUA, a farmácia comunitária e os farmacêuticos selecionados para o projeto foram treinados. Esses autores desenvolveram um processo de resolução de problemas que incorporava as responsabilidades do farmacêutico e buscaram verificar se o conceito de atenção farmacêutica podia ser introduzido e desenvolvido na farmácia comunitária.

A partir dos resultados desse projeto, a definição original passou a ser considerada incompleta. Os autores então propuseram outra: “prática na qual o profissional assume a responsabilidade e o compromisso por satisfazer as necessidades farmacoterapêuticas dos pacientes” (STRAND, CALERO 2004). Na definição adotada por Cipolle, Morley e Strand (2004) considerou-se que a atenção farmacêutica é uma prática como as demais da área de saúde. Para esses autores, a definição de atenção

farmacêutica envolve a explicitação de uma premissa filosófica, a descrição do processo de cuidado ao paciente e o estabelecimento de um sistema de gestão. Esses seriam os elementos essenciais que comporiam essa definição. Os trabalhos publicados que utilizaram como referência teórica a abordagem desses autores assumiram essas concepções.

A explicitação do componente filosófico da atenção farmacêutica inclui a "afirmação de uma necessidade social"; estabelece um "enfoque centrado no paciente" para satisfazer esta necessidade; tem como elemento central o cuidado a outra pessoa, mediante o "desenvolvimento e manutenção de uma relação terapêutica" e finaliza com uma "descrição das responsabilidades concretas do profissional" (CIPOLLE, MORLEY, STRAND, 2004; RAMALHO DE OLIVEIRA et al. 2010).

Nessa definição, portanto, a filosofia da atenção farmacêutica tem natureza prescritiva. A definição da responsabilidade social do farmacêutico seria pelos resultados produzidos pela farmacoterapia de seus pacientes e responde por esse compromisso. Isso ocorre através da satisfação de necessidades expressas pelo usuário relacionadas ao uso de medicamentos; para os autores seriam essas necessidades não satisfeitas que comporiam os indicadores de morbimortalidade relacionadas ao uso de medicamentos. O farmacêutico é responsável por satisfazer a necessidade que tem a sociedade de receber um tratamento apropriado, efetivo, seguro e conveniente (CIPOLLE, MORLEY, STRAND, 2004 e 2006).

O entendimento explicitado pelos autores sobre uma prática centrada no paciente e não no medicamento seria uma prática em que o profissional coloca as necessidades, preocupações e desejos dos pacientes "antes dos seus próprios" (RAMALHO DE OLIVEIRA, 2009). Envolve desde a competência técnica até a consideração de que nesse processo coexistem racionalidades pertencentes ao farmacêutico e ao paciente. Um seria possuidor de conhecimentos técnicos e clínicos e o outro teria um conhecimento oriundo de suas crenças, experiências e comportamentos que devem ser incluídos nessa relação.

A premissa filosófica diz ainda que o serviço de atenção farmacêutica deve ser oferecido dentro do paradigma do cuidado ao paciente. O farmacêutico deve cuidar por meio da construção de uma relação terapêutica. Deve existir um padrão de desempenho da relação terapêutica que passa pela avaliação das necessidades farmacoterapêuticas do

paciente, mobiliza recursos para atender essa necessidade e acompanha o paciente para determinar resultados a serem alcançados.

O segundo elemento nessa concepção é denominado de processo de cuidado. Esse é o método clínico; segundo os autores é compatível com outras práticas de atenção à saúde. Propõe um processo lógico para tomada de decisão denominado *pharmacotherapy work-up*, que possibilita identificar e resolver problemas relacionados ao uso de medicamentos, estabelecer objetivos terapêuticos, solucionar intervenções e avaliar resultados. Suas etapas seguiriam as mesmas regras como qualquer outra profissão de saúde. O processo de cuidado possui uma etapa de avaliação inicial, um plano de cuidados e uma avaliação de resultados.

Por fim, os autores descrevem o ‘processo de gestão da prática’, componente que inclui todo o apoio necessário para prestar um serviço aos pacientes de maneira eficiente e efetiva. Para os autores inclui, uma definição clara da missão do exercício profissional, especifica todos os recursos necessários para prestar o serviço (físicos, econômicos e humanos), estabelece meios critérios sobre quais pacientes seriam beneficiados pela prática, meios para avaliar o serviço e um sistema de documentação da prática e busca meios de remuneração profissional. Cabe ressaltar que as características desse sistema de gestão são compatíveis com o tipo de sistema de saúde americano.

Embora a definição do termo atenção farmacêutica, proposta por esses autores, seja aceita amplamente no mundo, a replicação do modelo de prática não foi adotada de maneira uniforme. A OMS, após a divulgação do trabalho de Hepler e Strand (1990) sobre a atenção farmacêutica, promoveu um novo encontro para rever o papel do farmacêutico. O documento produzido nessa reunião é conhecido como Declaração de Tóquio (1993) e adota uma definição de atenção farmacêutica reforçando a reorientação do enfoque no medicamento para um enfoque centrado no paciente.

O documento assume a atenção farmacêutica como prática profissional na qual o paciente é o principal beneficiário das ações do farmacêutico; prossegue entendendo a atenção farmacêutica como “compêndio das atitudes, dos comportamentos, dos compromissos, das inquietudes, dos valores éticos, das funções, dos conhecimentos, das responsabilidades e das destrezas do farmacêutico na prestação da farmacoterapia, com

o objetivo de alcançar resultados terapêuticos definidos na saúde e na qualidade de vida do paciente” (OMS, 1993, p 64).

Outro aspecto, discutido no documento, trata das atribuições do farmacêutico nessa nova perspectiva: a OMS reconhece o farmacêutico como dispensador de atenção sanitária e ressalta que os benefícios da atenção farmacêutica devem ser direcionados ao paciente e à comunidade, através de ações de promoção da saúde e prevenção de doenças. O grupo reunido em Tóquio, ao destacar os elementos da atenção farmacêutica ao paciente, incluiu diversas outras atividades farmacêuticas ao processo de cuidado do paciente, como a dispensação e a indicação farmacêutica. Complementando, a OMS recomenda que a atenção farmacêutica seja uma atitude profissional a que todo farmacêutico deve visar.

De acordo com Angonesi e Sevalho (2010), as definições postuladas pela OMS levam em conta as atividades tradicionais do farmacêutico relacionadas ao paciente e à comunidade; a adoção do conceito de atenção farmacêutica estaria “no plano das idéias, do comportamento e das atitudes dos farmacêuticos” na sua prática atual para melhorar a assistência ao paciente e à comunidade no que se refere à utilização de medicamentos.

As definições apontadas nesse documento da OMS parecem ter influenciado as concepções que compõem o Consenso produzido na Espanha (ESPAÑA, 2001; COMITÉ DE CONSENSO, 2007), que incluiu na definição de atenção farmacêutica: “A participação ativa do farmacêutico na atenção ao paciente, na dispensação e seguimento do tratamento farmacoterapêutico, cooperando com o médico e outros profissionais de saúde, a fim de conseguir resultados que melhorem a qualidade de vida dos pacientes”. Também prevê a participação do farmacêutico em atividades de promoção da saúde e prevenção de doenças.

Nota-se que na perspectiva espanhola (ESPAÑA, 2001), as atividades farmacêuticas orientadas para o paciente, como dispensação, indicação de medicamentos que não necessitam de receita médica, educação sanitária, farmacovigilância, seguimento farmacoterapêutico e todas aquelas que se relacionam com o uso racional de medicamentos foram incluídas no modelo de prática profissional denominado atenção farmacêutica.

Para alguns autores (ANGONESI, SEVALHO, 2010), a definição apresentada na proposta espanhola, o que se define como seguimento farmacoterapêutico assemelha-

se ao conceito de atenção farmacêutica elaborado pelo grupo de Minnesota. O Consenso Espanhol expressa que o seguimento farmacoterapêutico individualizado é a prática profissional na qual o farmacêutico se responsabiliza pelas necessidades do paciente relacionadas aos medicamentos, mediante a detecção, prevenção e resolução de problemas relacionados ao uso dos medicamentos (PRM), de forma continuada, sistematizada e documentada, em colaboração com o próprio paciente e com os demais profissionais do sistema de saúde, com o fim de alcançar resultados concretos que melhorem a qualidade de vida do paciente.

Entretanto, alguns elementos que explicitariam a finalidade da atenção farmacêutica não estão pontuados. A ideia de responsabilidade pelas necessidades dos pacientes relacionadas ao uso dos medicamentos é evidenciada de maneira clara; no entanto, não se apresenta uma base teórica que fundamente essas concepções, a exemplo do conceito de prática profissional ou mesmo sobre o processo de cuidado adotado. A concepção do seguimento farmacoterapêutico como uma atividade da atenção farmacêutica constitui importante diferença com a definição proposta por Cipolle, Morley e Strand (1998).

Embora essa concepção de atenção farmacêutica espanhola seja predominante na Espanha, não é a única no país. Em Sevilha o grupo do professor Manuel Machuca Gonzáles (MASTROIANNI, P.C, MACHUCA, M., 2012; 2012b) utiliza o marco teórico adotado por Cipolle, Morley e Strand (1998) para a realização da prática. A concepção mais ampla da atenção farmacêutica adotada pelos espanhóis, juntamente com as diretrizes apontadas pela Declaração de Tóquio (1993) parecem ter influenciado fortemente, tanto as discussões, quanto as definições de atenção farmacêutica que seriam assumidas no Brasil.

Em 2002, a OPAS iniciou uma discussão sobre a atenção farmacêutica no Brasil, com o objetivo de realizar uniformização de conceitos e promover a atenção farmacêutica no país. Depois de um processo de discussão, o produto foi publicado sob a denominação de 'Proposta Brasileira de Consenso da Atenção Farmacêutica'. A definição apresentada fazia referência às atividades específicas do farmacêutico no cuidado do paciente ou usuário do medicamento. Propôs "um 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 biopsicossociais, sob a ótica da integralidade das ações de saúde” (OPAS, 2002, p. 16 e 17).

A exemplo do que ocorreu no Consenso Espanhol, as atividades farmacêuticas relacionadas ao cuidado do paciente foram consideradas componentes da prática profissional para o exercício da atenção farmacêutica. Os denominados macrocomponentes da prática da atenção farmacêutica foram definidos (ANGONESI, SEVALHO, 2010).

Uma particularidade interessante ocorre no Brasil, no que concerne a esse documento: embora não estabelecesse um consenso, mas uma proposta, o que se percebe é a incorporação dessa definição nos documentos oficiais, como pode ser percebido na PNAF, que se apoia na definição de atenção farmacêutica proposta pela OPAS (BRASIL, 2004).

Apesar da terminologia atenção farmacêutica ser utilizada nos documentos oficiais no Brasil para denominar as atividades farmacêuticas de natureza clínica, outras denominações estão na disputa pelo consenso no campo científico, a exemplo de cuidados farmacêuticos, seguimento farmacoterapêutico, entre outras. Para além do “quadro nebuloso” (RAMALHO DE OLIVEIRA, 2013) que envolve aquilo que se denomina atenção farmacêutica, no Brasil, neste estudo compreende-se por ‘atividade farmacêutica de natureza clínica’ toda atividade realizada diretamente com o usuário e que tenha a finalidade de atender suas necessidades relacionadas ao uso de medicamentos e que expressem elementos do componente filosófico desta prática.

A inclusão da atenção farmacêutica no âmbito do Ministério da Saúde é explicitada apenas em duas políticas, a do componente Especializado da Assistência Farmacêutica do Ministério da Saúde e no Programa de AIDs, especificamente apresentada no Protocolo de Assistência Farmacêutica e DST/HIV/Aids (BRASIL, 2010b).

O Protocolo clínico de Diretrizes Terapêuticas (Programa de Medicamentos Excepcionais) do Ministério da Saúde não apresenta uma definição de atenção farmacêutica, mas estabelece que a atividade envolva suas definições e, quando realizada, deve ser desenvolvida pelo profissional farmacêutico (BRASIL, 2010).

O Protocolo de Assistência Farmacêutica em DST/HIV/AIDS inclui orientações sobre a dispensação e o uso racional de medicamentos. A proposta do documento foi de qualificar a assistência farmacêutica no referido programa. O Protocolo se alinha às Diretrizes Gerais de Tratamento de AIDS e reconhece a atenção farmacêutica como atividade clínica que ocorre por meio de uma relação terapêutica entre farmacêutico e paciente; de conhecimentos, atitudes e habilidades que lhe permitam integrar-se à equipe de saúde e interagir com o paciente e a comunidade, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida, em especial no que se refere à otimização da farmacoterapia e ao uso racional de medicamentos. As ações do farmacêutico, no modelo de atenção farmacêutica, na maioria das vezes, são atos clínicos individuais.

Outro aspecto que o documento defende está relacionado às sistematizações das intervenções farmacêuticas e à troca de informações dentro de um sistema composto por equipe multidisciplinar. O documento conclui que essas ações podem contribuir para impacto no nível coletivo e para a promoção do uso seguro e racional de medicamentos, e que o acompanhamento sistemático da terapia medicamentosa utilizada pelo indivíduo, deve avaliar e garantir a necessidade, a segurança e a efetividade do processo de utilização de medicamentos, proporcionando resultados mais favoráveis durante a farmacoterapia, premissas filosóficas compatíveis com os elementos descritos por Cipolle, Morley e Strand (1998).

No âmbito da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) a RDC 44/2009 estabeleceu os critérios e condições mínimas para o cumprimento das 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. Essa resolução inovou ao estabelecer as regras para a prestação de serviço de atenção farmacêutica.

Este serviço farmacêutico compreenderia a atenção farmacêutica domiciliar, a aferição de parâmetros fisiológicos e bioquímico e a administração de medicamentos, promoção do uso racional dos medicamentos, a fim de melhorar a saúde e qualidade de



vida dos usuários. Esse foi o documento mais detalhado sobre os padrões mínimos exigidos para farmácias que disponibilizassem esses serviços.

Os objetivos propostos para a atenção farmacêutica incluíram a prevenção, detecção e resolução de problemas relacionados a medicamentos. Permitiu a aferição de determinados parâmetros fisiológicos e bioquímicos do usuário para permitir o acompanhamento ou a avaliação da eficácia do tratamento prescrito por profissional habilitado, além de subsidiar informações quanto ao estado de saúde do usuário e situações de risco.

A resolução estabeleceu exigências relacionadas ao processo de cuidado e ao sistema de gestão da prática. Determinou a necessidade de elaboração de protocolos para as atividades relacionadas à atenção farmacêutica, incluídas referências bibliográficas e indicadores para avaliação dos resultados. Sobre a documentação das atividades clínicas também determinou que estas deveriam ser documentadas de forma sistemática e contínua, com o consentimento expresso do usuário. Apesar do conteúdo do registro, prescreveu que os registros deveriam conter informações mínimas como nome, endereço e telefone do usuário, bem como as orientações e intervenções farmacêuticas realizadas e os resultados delas decorrentes, além das informações do profissional responsável pela execução do serviço.

A normativa atrelou, ainda, à documentação a necessidade de avaliar os resultados dessa atividade e também ressaltou a necessidade de estabelecer contato com outros profissionais de saúde, sempre que o caso do paciente exigir. Ademais, tratou da necessidade e compromisso que os farmacêuticos devem assumir para contribuir com a farmacovigilância, notificando a ocorrência ou suspeita de evento adverso ou queixa técnica às autoridades sanitárias. Essa norma foi o documento político mais completo relacionado à atenção farmacêutica, já elaborado no Brasil.

Essas considerações teóricas podem auxiliar na discussão em torno do objeto dessa tese que, como discutido é complexo e envolve o Estado, a sociedade e as políticas de saúde.

## **ARTIGO I**

**Atenção Farmacêutica: Fundamentos, finalidade, ações e atividades  
inerentes ao conceito.**

## RESUMO

As políticas de saúde em vários países tem buscado assegurar acesso e uso racional de medicamentos mediante um eficiente processo de gestão. No Brasil, as políticas de medicamentos e de Assistência Farmacêutica têm assumido protagonismo nesse sentido. A concepção sobre o papel da assistência farmacêutica no que concerne ao processo de atenção à saúde ainda se concentra na aquisição e distribuição/dispensação de medicamentos. A atenção farmacêutica requer dos farmacêuticos competências e habilidades. A denominação das atividades farmacêuticas que são diferenciadas das demais atividades focadas no medicamento é complexa e polissêmica. No Brasil a denominação mais usual utilizada é de atenção farmacêutica, entretanto outras, também estão na disputa pela hegemonia no campo científico. O objetivo desse artigo é analisar como a atenção farmacêutica é compreendida na literatura e nas políticas de assistência farmacêutica. Especificamente pretende-se descrever os componentes que caracterizam a atenção farmacêutica na literatura científica e nas políticas de saúde de outros países e também do Brasil, considerando fundamentos, finalidade, atividades e ações inerentes ao conceito. Estudo de abordagem qualitativa, do tipo descritivo e exploratório. Realizou-se revisão de literatura considerando artigos sobre a temática da atenção farmacêutica. Foram analisados resumos de artigos publicados em revistas indexadas pelo MEDLINE/Pubmed, Web of Science, Scielo e Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), entre os anos 1990 e 2016. Também selecionou-se documentos de natureza política sobre a temática da atenção farmacêutica no Brasil e no mundo. Foram identificados alguns elementos considerados importantes para o avanço, em maior ou menor grau, da atenção farmacêutica nos países estudados: 1) os resultados negativos da morbimortalidade relacionada à farmacoterapia e os custos decorrentes entraram na agenda dos sistemas de saúde; 2) as políticas definiram padrões de prática essenciais à atividade clínica desenvolvida na atenção farmacêutica ou denominação adotada; 3) ocorreu envolvimento de diversos atores – a exemplo de associações de profissionais, universidades, o setor farmacêutico, outros profissionais de saúde – nas etapas de elaboração, implantação, execução e avaliação das políticas; e 4) os serviços vinculados à atenção farmacêutica tiveram financiamento ou reembolso assegurado pelo sistema de saúde para incentivar a realização da atividade.

## **ABSTRACT**

Health policies in many countries have sought to ensure access to and rational use of medicines through an efficient management process. In Brazil, drugs policies and pharmaceutical public services policies have assumed leadership in this regard. The conception of the role of pharmaceutical care regarding the health care process still focuses on the acquisition and distribution/dispensing drugs. The pharmaceutical care requires pharmacists skills and abilities. The name of the pharmaceutical activities that are differentiated from other activities focused on medicine is complex and polysemic. In Brazil the most common name used is pharmaceutical care, but others are also in contention for hegemony in the scientific field. The aim of this paper is to analyze how the pharmaceutical care is understood in literature and pharmaceutical public services policies. Specifically intended to describe the components that characterize the pharmaceutical care in the scientific literature and health of other countries and also policies in Brazil, considering fundamentals, purpose, activities and actions inherent in the concept. A qualitative study, descriptive and exploratory. We conducted a literature review considering articles on the subject of pharmaceutical care. Were analyzed abstracts of articles published in journals indexed by MEDLINE / PubMed, Web of Science, Scielo and Virtual Health Library (VHL), between 1990 and 2016. It also was selected policy documents on the subject of pharmaceutical care in Brazil and the world. They identified some elements that are important for advancement, to a greater or lesser degree of pharmaceutical care in the countries studied: 1) the negative results of morbidity and mortality related to pharmacotherapy and the costs entered on the agenda of health systems; 2) policies defined essential standards of practice for clinical activity developed in pharmaceutical care or adopted name; 3) occurred involving different actors - like professional associations, universities, the pharmaceutical market, other health professionals - in the development stages, deployment, implementation and evaluation of policies; and 4) the services related to pharmaceutical care had funding or reimbursement provided by the health system to encourage the realization of the activity.

## INTRODUÇÃO

As políticas de saúde em vários países têm buscado assegurar acesso e uso racional de medicamentos mediante um eficiente processo de gestão. No Brasil, as políticas de medicamentos e de Assistência Farmacêutica (BRASIL, 2004; BRASIL, 1998) têm assumido protagonismo importante nesse sentido; no entanto, a concepção sobre o papel da Assistência Farmacêutica, no que concerne ao processo de atenção à saúde, se reduz à aquisição e distribuição/dispensação de medicamentos (GADELHA, 2004; DUPIM, 1999).

Com frequência, o medicamento é percebido como uma mercadoria (GIOVANNI, 1980; PIGNARRE, 1999) o que contribui para que a assistência farmacêutica seja tratada com menor relevância no contexto dos serviços de atenção à saúde, fazendo com que outras etapas relacionadas ao ciclo do medicamento continuem sendo subvalorizadas, resultando em significativo custo para o sistema de saúde (GADELHA, 2004).

O uso irracional de medicamentos é considerado um relevante problema de saúde pública, tendo em vista o impacto econômico, social e sanitário que dele decorre. O uso irracional de medicamentos contribui para a elevada prevalência da morbimortalidade relacionada aos medicamentos e os custos dela consequentes (WHO, 2004, ISSETS, 2016).

No Brasil, apesar da dificuldade em estimar essa prevalência, dados do Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas (SINITOX) destacam que, entre os casos registrados de intoxicação humana em 2014, os medicamentos lideraram a lista de principais causadores de intoxicações, com 29,55% das ocorrências. Tal fato aponta para a magnitude que o uso irracional de medicamentos pode alcançar no contexto brasileiro em que se convive com problemas como automedicação, menor acesso a medicamentos por doenças mais prevalentes, resultando em problemas de adesão ao tratamento, distorções na aquisição de medicamentos de venda sob prescrição realizada livremente nas farmácias privadas, além do forte apelo ao consumo, estimulado pela propaganda (REIS, 2003; SINITOX, 2013; JOHNSON e BOOTMAN, 1995; BRASIL, 2015b).

Nesse sentido, têm-se incentivado a realização de trabalhos que privilegiem compreender o fenômeno relacionado ao uso de medicamentos, não somente a partir dos serviços de saúde, mas também como este ocorre na comunidade. Embora pouco expressivas, as abordagens qualitativas dos estudos de utilização de medicamentos demonstram maior preocupação do campo da saúde em compreender os processos de uso irracional e suas motivações (LEITE, VIEIRA, VEBER, 2008; RAMALHO de OLIVEIRA, VARELA, 2008).

Estudos que complementem os resultados de trabalhos epidemiológicos sobre a utilização de medicamentos possibilitarão incluir a perspectiva do usuário, bem como suas dificuldades, expectativas, relação com a saúde e com o medicamento (RAMALHO de OLIVEIRA, VARELA, 2008; WHO, 2004). No entanto, cabe aos farmacêuticos um papel novo que responda a essa necessidade social, decorrente da morbimortalidade relacionada ao uso de medicamentos, com sua participação na farmacoterapia dos pacientes, juntamente com outros profissionais responsáveis pelo cuidado da saúde.

O objetivo dos farmacêuticos nessa nova função inclui a prevenção e resolução de problemas relacionados ao uso de medicamentos (PRMs) além do desenvolvimento de um plano de tratamento individual (YORDANOVA E PETKOVA, 2013). Habilidades nessa forma de atuação são exigidas para além do conhecimento sobre medicamentos, entre as quais a habilidade de comunicação (CIPOLLE, MORLEY, STRAND, 2004; 2012). Atender a essa necessidade de saúde, exigirá dos formuladores de políticas, dos provedores de atenção e, principalmente, dos farmacêuticos aceitar a responsabilidade por esses problemas e organizar ações capazes de enfrentá-los.

A questão da denominação para essas atividades farmacêuticas que são diferenciadas das demais atividades é complexa e polissêmica. No Brasil, a denominação mais usual utilizada é de atenção farmacêutica, mas outras denominações, a exemplo de cuidados farmacêuticos, atividades farmacêuticas clínicas, seguimento farmacoterapêutico, também estão na disputa pela hegemonia no campo científico.

A denominação “pharmaceutical care” foi apresentada em 1990 por Hepler e Strand. Esse termo foi traduzido no Brasil para “atenção farmacêutica”. A definição foi amplamente aceita no mundo e é consenso que a definição proposta por esses autores deve ser incorporada ao ‘fazer’ farmacêutico. Para os autores, atenção farmacêutica é definida como “a provisão responsável da farmacoterapia com o objetivo de alcançar

resultados satisfatórios na saúde, melhorando a qualidade de vida do paciente”. Entretanto, a aceitação dessa definição não significou concretização uniforme dessa ‘prática profissional’<sup>1</sup>.

Após a disseminação da definição, que tem sido assumida consensualmente em todo o mundo, têm sido implementadas diversas experiências com o objetivo de desenvolver serviços de atenção farmacêutica (YORDANOVA E PETKOVA, 2013, PEREIRA e FREITAS, 2008; RAMALHO DE OLIVEIRA, 2013); entretanto, a falta de uniformidade no *modus operandi* é bem perceptível, além de distintas compreensões do que se denomina atenção farmacêutica.

Yordanova e Petkova (2013) realizaram uma revisão de literatura com o objetivo de analisar comparativamente a oferta, o impacto e a experiência de serviços de atenção farmacêutica em vários países do mundo, demarcando os benefícios alcançados e os problemas que ainda necessitam ser solucionados no processo de atenção ao paciente, realizado pelo profissional farmacêutico.

Os autores examinaram, além de artigos, documentos regulatórios e diretrizes nacionais sobre atenção farmacêutica. Os resultados encontrados incluíam uma lista de 27 países<sup>2</sup>; em 16 desses, existia uma definição de serviço de atenção farmacêutica e em 9 deles, o termo não foi utilizado e quando utilizado não continha o mesmo sentido do termo ‘pharmaceutical care’, definido em 1990, por Hepler e Strand.

Quando analisados documentos e diretrizes, em cinco países, foram encontradas evidências sobre a regulamentação do serviço “Drug/Medicine Use Review” e em 12 dos países examinados não surgiu denominação para esse serviço, ou porque um nome diferente é usado ou elementos deste serviço são parte das principais atividades do farmacêutico. Para os outros 10 países não existia qualquer evidência de tal serviço (YORDANOVA E PETKOVA, 2013).

Esse trabalho aponta o dissenso relacionado ao significado do que se compreende por atenção farmacêutica; entretanto, nota-se que existem alguns elementos pontuais que configuram uma ideia consensual a de que essa é uma atividade de natureza clínica,

---

<sup>1</sup> A denominação de prática profissional tem sido utilizada em diversos artigos e documentos políticos, mas, nem todos adotam uma definição do que se tem denominado em cada contexto de ‘prática profissional’.

<sup>2</sup> Os países citados nos resultados foram Austrália, Áustria, Bélgica, Bulgária, Canada, Croácia, República Tcheca, Dinamarca, Estônia, Finlândia, França, Alemanha, Hungria, Itália, Lituânia, Noruega, Polônia, Portugal, Republica da Macedônia, Romênia, Eslováquia, Espanha, Suécia, Suíça, Holanda, Reino Unido e EUA.

desenvolvida diretamente entre o farmacêutico e o paciente, para auxiliar, melhorando a utilização de medicamento pelos usuários, através da identificação, resolução e prevenção de problemas relacionados ao seu uso.

No Brasil, a questão da atenção farmacêutica está pautada na Política Nacional de Assistência Farmacêutica, tendo em vista que em vários países tem sido assumida enquanto política estratégica para redução do impacto da morbimortalidade relacionada ao uso de medicamentos (YORDANOVA E PETKOVA, 2013; RAMALHO de OLIVEIRA, 2013). No entanto, são incipientes os trabalhos que apontam como a prática acontece no SUS ou seus resultados. Além de escassos os estudos que explorem a temática, principalmente, a análise dessa prática nas políticas de saúde que a incorporam.

Em diversos países, grupos de pesquisa começaram a desenvolver suas experiências com maior ou menor êxito. Pode-se assumir que as experiências ganharam contornos delimitados por seus sistemas de saúde e também pela trajetória da profissão farmacêutica nesses países (YORDANOVA E PETKOVA, 2013, BULAJEVA, 2014).

Assim, percebe-se que o que se denomina atenção farmacêutica tem significados distintos, em diversos países do mundo e no Brasil, o que qualificaríamos de ‘mundo da ciência’ e o como as políticas farmacêuticas compreendem essa prática. As diferenças operam no plano epistemológico e se reproduzem na prática. Contudo, é possível verificar que apesar dessas questões, a atenção farmacêutica é uma diretriz incorporada na Política de Assistência Farmacêutica e que representa um desafio para a Farmácia.

O objetivo desse artigo é analisar como a atenção farmacêutica é compreendida na literatura e nas políticas de assistência farmacêutica. Especificamente, pretende-se descrever os componentes que caracterizam a atenção farmacêutica na literatura científica e nas políticas de saúde de outros países e também do Brasil, considerando fundamentos, finalidade, ações e atividades inerentes ao conceito.

## **ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS**

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, do tipo descritivo e exploratório. Foi realizada uma revisão de literatura considerando artigos sobre a temática da atenção farmacêutica. Analisou-se resumos de artigos publicados em revistas indexadas pelo MEDLINE/Pubmed, Web of Science, Scielo e Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), entre os anos 1990 e 2016. O início do período considerou a



publicação, em 1990, do artigo de Hepler e Strand, um marco na discussão da temática. Esta produção orientou, inclusive, as discussões sobre o tema na OMS (1993), que, por sua vez, influenciou a construção de políticas que incluíram essa nova atividade profissional para os farmacêuticos.

Também foram selecionados documentos de natureza política (programas, políticas planejadas, consensos e documentos relacionados) sobre a atenção farmacêutica no Brasil e no mundo. A organização dos dados considerou os sistemas de saúde dos países analisados para se compreender o fenômeno e foram incluídos em categorias agrupadas segundo o documento analisado, denominação, destinatários, fundamentos, processo de cuidado, elementos relacionados à gestão (recursos, documentação, financiamento, local onde a prática se desenvolve).

Foram selecionados entre os documentos internacionais apenas aqueles de países com Sistemas de Saúde semelhantes ao brasileiro<sup>3</sup>, com exceção dos documentos americanos<sup>4</sup>, incluídos devido à grande expressão na produção científica internacional indexada nas bases utilizadas nesta pesquisa. Os documentos do Brasil incluíram a Política de Assistência Farmacêutica (BRASIL, 2004), a Proposta de Consenso Brasileiro em Atenção Farmacêutica (OPAS, 2002), o relatório do 1º Seminário Internacional para Implementação da Atenção Farmacêutica no SUS (2009), o Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde (BRASIL, 2010), o Protocolo de Assistência Farmacêutica em DST/HIV/Aids, além da RDC da ANVISA nº 44/2009 que estabeleceu os critérios e condições mínimas para o cumprimento das 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 os Cadernos de Cuidados Farmacêuticos na Atenção Básica do Ministério da Saúde (BRASIL, 2014, 2014b e 2015), por serem documentos que tratavam especificamente da atenção farmacêutica.

---

<sup>3</sup> Foram avaliados: O III Consenso de Atenção farmacêutica de Granada - Espanha (2001) e sua atualização em 2008, esse documento é muito difundido no Brasil, fato observado na revisão de literatura realizada nas bases da BVS e Scielo. O Consenso de Atenção Farmacêutica da União Europeia (Pharmaceutical Care Network Europe - PCNE). No Reino Unido incluiu-se o The UK National Health Service Law. Guidelines for pharmaceutical services. Do Canadá avaliou-se o PharmaCheck™ da Association des Pharmaciens du Canadá e documento formal dos Ministérios da Saúde do Quebec, Manitoba e Columbia Britânica sobre Medication Review Services. Da Austrália, avaliou-se o O Fifth Community Pharmacy Agreement e Sixth Community Pharmacy Agreement, que é referenciado pelo Ministério da Saúde australiano, além dos Guidelines of Pharmaceutical Society of Australia 2010 e 2011 e Medical Benefits Schedule (MBS).

<sup>4</sup> Entre os documentos americanos foi avaliada a política planejada **Medicare Modernization Act of 2003** sobre o MTM part D's do Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS).

As palavras chave utilizadas nas buscas realizadas nas bases do MEDLINE/Pubmed e Web of Science para localizar os artigos foram: “pharmaceutical care”, “medication therapy management services”, “medicine use review” e “health polices” combinados da seguinte forma: “pharmaceutical care” AND/OR “medication therapy management services” (encontrados 240 artigos); “pharmaceutical care” AND/OR “health polices” (190 artigos); “health polices” AND/OR “medication therapy management services” (21 artigos); “pharmaceutical care” AND/OR “medication therapy management services” AND “health polices” (13 artigos) e “medicine use review” AND “pharmaceutical care” ( 20 artigos).

No Scielo e na BVS, a busca foi feita com as palavras chave “atenção farmacêutica” (48 artigos), “seguimento farmacoterapêutico” (11 artigos), “consulta farmacêutica” (1 artigo), “cuidados farmacêuticos” (4 artigos) e “farmácia clínica” (11 artigos).

Realizou-se triagem do material identificado nas bases do MEDLINE e Web of Science para assegurar a exclusão de duplicidades e artigos sem resumos disponíveis. Selecionou-se um total de 211 artigos. Em seguida procedeu-se à leitura dos resumos, que foram classificados considerando: 1) Título, autor e ano; 2) tipo de publicação (se artigo de revisão, ou trabalhos originais, relatos de experiência, editoriais); 3) Objetivo do trabalho; 4) Metodologia descrita; e 5) elementos que os autores utilizaram para qualificar a definição de atenção farmacêutica adotada. O material foi classificado de acordo com as categorias: 1) ano de publicação; 2) classificação segundo objetivos, agrupadas em 6 subcategorias<sup>5</sup>; 3) país de origem da pesquisa; 4) classificação segundo natureza do artigo<sup>6</sup> e 5) segundo metodologia utilizada.

Para a produção científica identificada na revisão das bases da BVS e Scielo organizou-se os dados em matrizes, segundo título e autor, tipo de publicação, objetivo, metodologia e referencial teórico utilizado para definir a atenção farmacêutica adotada pelos autores. Foram excluídos os artigos publicados em outros países da América

---

<sup>5</sup> (1) Estudos que avaliaram o serviço de atenção farmacêutica focando em resultados clínicos, humanísticos e econômicos; resultados de implantação de serviços e de gestão da prática (2) Estudos que avaliaram as perspectivas de farmacêuticos sobre o desenvolvimento do serviço em cenários diferentes (farmácia comunitária, hospital etc.) e artigos que trabalharam com barreiras e oportunidades para a realização da atenção farmacêutica; (3) Estudos que avaliaram a relação ensino e prática da ‘atenção farmacêutica’ na formação acadêmica; (4) Estudos de avaliação dos serviços de ‘atenção farmacêutica’ utilizando metodologias de natureza qualitativa; (6) Estudos que avaliaram o sistema de pagamento/financiamento dos serviços de ‘atenção farmacêutica’ por sistemas de saúde.

<sup>6</sup> Classificou-se os artigos em conceituais, originais, relatos de experiência, revisões, editoriais e revisões sistemáticas.

Latina, pois interessava conhecer quais os significados assumidos acerca da definição de atenção farmacêutica no Brasil. Também foram excluídos os artigos que, embora classificados em uma dessas categorias, tratavam de trabalhos de outra natureza. Os textos de referência foram organizados no END NOTE X4.

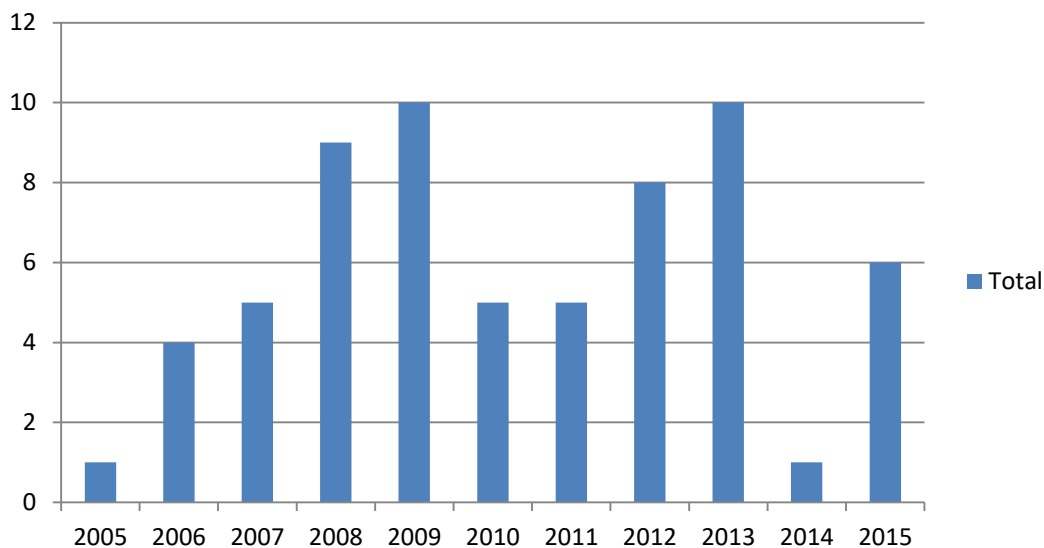
## **RESULTADOS**

Foram selecionados para análise 211 artigos de um total de 484 obtidos nas bases do Web of Science e MEDLINE/Pubmed. Da revisão realizada no Scielo e BVS identificou-se um total de 75 artigos para o descritor ‘atenção farmacêutica’, 11 artigos com o descritor ‘seguimento farmacoterapêutico’, 4 com o descritor ‘cuidados farmacêuticos’, 1 artigo para o descritor ‘consulta farmacêutica’ e 11 artigos com o descritor ‘farmácia clínica’. Excluindo-se os artigos repetidos e os trabalhos identificados na BVS e Scielo de outros países da América Latina, foram avaliados 64 artigos.

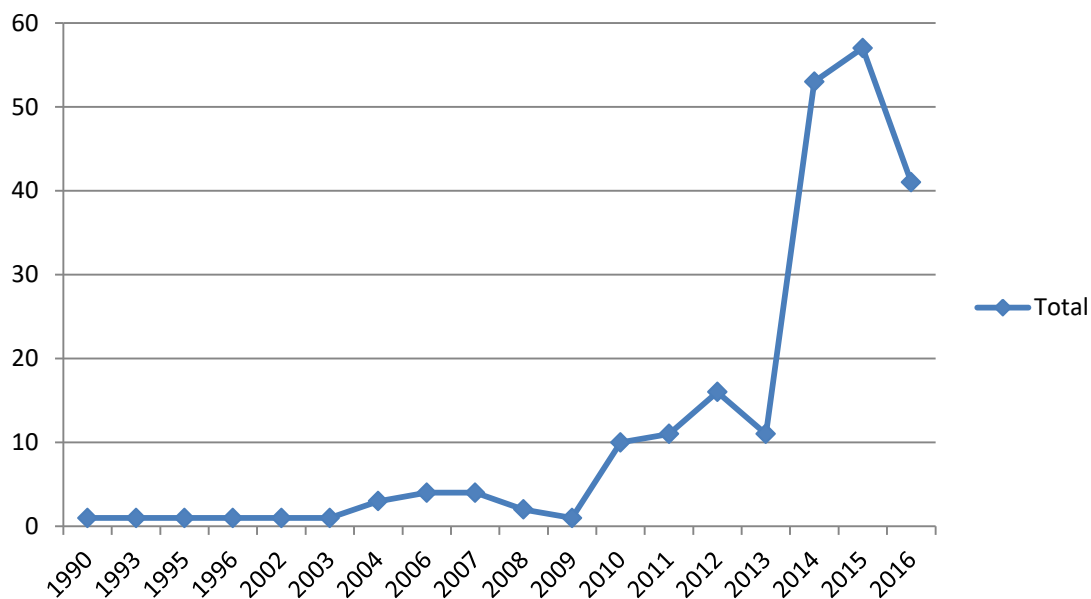
Dos 11 artigos identificados com o descritor ‘farmácia clínica’ apenas 4 tinham relação com atenção farmacêutica, os demais tratavam de erros de medicação, processos relacionados à farmácia hospitalar, estudos de utilização de medicamentos, farmacoepidemiologia e análises de prescrição, sendo excluídos. Quanto às demais palavras-chave utilizadas nessas bases de dados, excluíram-se os artigos que não tinham relação com a temática, entre os quais estudos com enfoque na política e gestão da assistência farmacêutica, legislação sanitária farmacêutica, adesão à farmacoterapia, propaganda de medicamentos, prescrição.

No tocante à frequência de artigos produzidos por ano, observou-se crescimento progressivo nas bases internacionais, porém, no Brasil, constatou-se irregularidade na produção com redução na quantidade de artigos indexados nas bases nacionais em 2014 e 2015 (gráficos 1 e 2).

**Gráfico 1:** Produção científica relacionada ao descritor atenção farmacêutica indexada nas bases Scielo e Lilacs entre 1990 e 2015.



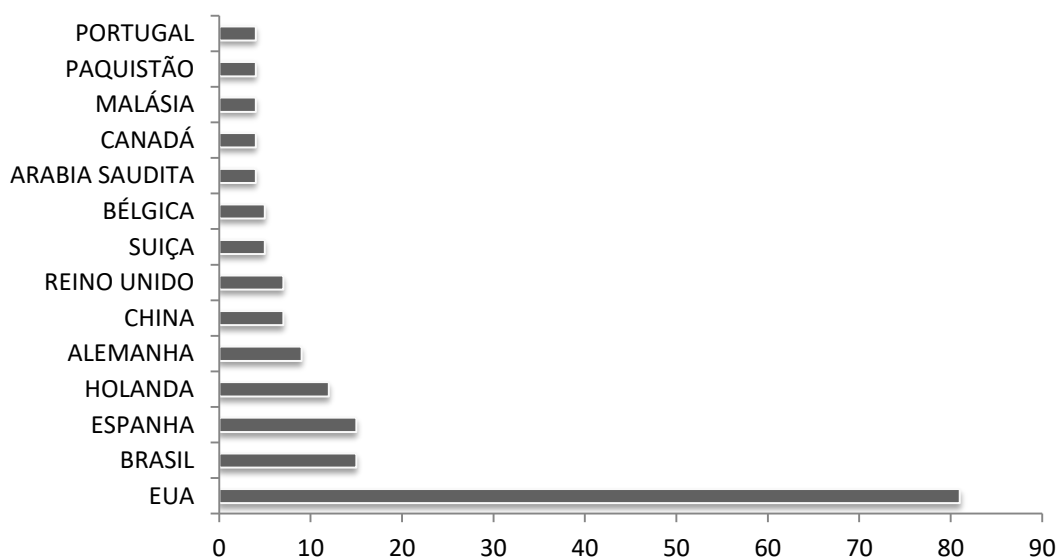
**Gráfico 2:** Produção científica relacionada ao descritor ‘pharmaceutical care’ indexadas nas bases Pubmed/Medline e Web of Science entre 1990 e agosto de 2016.



Dos 221 artigos selecionados nas bases do Web of Science e MEDLINE/Pubmed predominaram estudos originados nos EUA, totalizando 79 artigos; encontrou-se 15 artigos do Brasil, 15 da Espanha, 12 da Holanda, 11 da Alemanha e 7 da China. Observou-se artigos originados de mais de 41 países. Desse total, foram excluídos 18 artigos que, embora indexados com os descritores selecionados, após

leitura dos resumos constatou-se que tratavam de temática diversa. O gráfico 3 apresenta a distribuição dessa produção entre os 10 países com maior frequência de publicações.

**Gráfico 3:** Distribuição da produção científica relacionada ao descritor ‘pharmaceutical care’ indexada nas bases Pubmed/Medline e Web of Science entre 1990 e agosto de 2016, por países\*.



\*Incluídos apenas os 10 países com maior produção indexada

Com relação à classificação dos estudos segundo a sua natureza, encontrou-se cinco artigos conceituais nos EUA (HEPLER, STRAND, 1990; CIPOLLE, MORLEY, STRAND, 1993; WINSLADE, STRAND, PERRIER, 1996; CIPOLLE, MORLEY, STRAND, 2004; STRAND, CALERO, 2004). Entre os anos de 2006 e 2007 ocorreu uma série de publicações de natureza descritiva sobre as experiências em atenção farmacêutica em diversos países (EICKHOFF, SCHULZ, 2006; GUIGNARD, BUGNON, 2006; WESTERLUND, BJORK, 2006; ALVAREZ-RISCO, VAN MIL, 2007; CASTRO, CORRER, 2007; HERBORG, SORENSEN, FRØKJAER, 2007).

O quadro 1 sumariza a distribuição desses artigos em categorias elaboradas a partir da classificação feita, considerando os objetivos apresentados.

**Quadro 1: Categorização dos artigos identificados pelo MEDLINE e Web of Science**

Categorias de classificação do estudo a partir dos objetivos	Total por categoria	País de origem/ n° de artigos		Tipo do estudo
		País	N° de artigos	
Estudos avaliativos da atenção farmacêutica com enfoque em: a) Resultados clínicos, humanísticos e econômicos b) Resultados de implantação de serviços de atenção farmacêutica e resultados comparando-os a outros serviços farmacêuticos clínicos, além de estudos sobre satisfação de pacientes com esses serviços c) Resultados da gestão do serviço, incluindo uniformização de padrões de prática e critérios de elegibilidade de acesso ao serviço	156	EUA	53	Estudos de coorte (2) Ensaio clínico (5) Estudos farmacoeconômicos (5) Estudos de intervenção (5) Metanálises (2) Revisão sistemática (2) Surveys/transversais (26) Revisão narrativa (5) Artigos de opinião (1)
		Espanha	13	Ensaio clínico (4) Estudos de intervenção (3) Surveys/Transversais (6)
		Brasil	11	Ensaio clínico (7) Surveys/transversais (4)
		Holanda	12	Estudos de coorte (2) Estudo de intervenção (2) Ensaio clínico (1) Revisão de literatura (1) Surveys/Transversais (5) Revisão sistemática (1)
		Alemanha	9	Estudos de coorte (1) Estudo de intervenção (2) Ensaio clínico (2) Revisão sistemática (1) Surveys/Transversais (2) Metanálises (1)
		Reino Unido	6	Surveys/Transversais (2) Estudo de intervenção (2) Revisão narrativa (1) Estudos farmacoeconômicos (1)
		China	3	Ensaio clínico (1) Estudo de intervenção (2)
		Bélgica	5	Ensaio clínico (1) Estudo de intervenção (1) Surveys/Transversais (2) Revisão de literatura (1)
		Demais países* (com até 3 publicações)	44	Ensaio clínico (6) Estudos de intervenção (5) Surveys/transversais (30) Revisão de literatura (3)
		Estudos que avaliaram as perspectivas de farmacêuticos sobre o desenvolvimento de serviços de atenção farmacêutica em cenários de prática diversos (farmácia comunitária, hospital, unidades de atenção primária) e em áreas de cuidado diversas (cuidados em oncologia, nefrologia etc.) enfocando barreiras e oportunidades para implementar a prática	22	EUA
China	4			Surveys/transversais (3) Revisão de literatura (1)
Arábia Saudita	2			Surveys/transversais (2)
Irã	2			Surveys/transversais (2)
Demais*	11			Qualitativa (1)

		países (com apenas uma publicação)		Surveys/transversais (10)
Estudos de natureza conceitual e relatos de experiência de implantação de serviços denominados de atenção farmacêutica	18	EUA	10	Artigos teórico/conceituais (6) Relato de experiência (2) Artigos de opinião (2)
		Brasil	2	Relato de experiência (1) Artigos teórico/conceituais (1)
		União Europeia	2	Revisão narrativa (2)
		Demais países** (com apenas uma publicação)	7	Relato de experiência (6) Revisão narrativa (1)
Estudos avaliativos da relação ensino e prática da atenção farmacêutica na formação acadêmica e profissional	8	EUA	5	Estudos de intervenção (1) Relato de experiência (2) Surveys/transversais (1) Artigo de opinião (1)
		Brasil	2	Relato de experiência (2)
		Suíça	1	Relato de experiência (1)
Estudos de natureza qualitativa de avaliação dos serviços de atenção farmacêutica	7	EUA	3	Estudos qualitativos
		Canadá	2	
		Paquistão	1	
		Reino Unido	1	
Estudos avaliativos do sistema de pagamento/financiamento dos serviços de atenção farmacêutica por sistemas de saúde	5	EUA	5	Estudos farmacoeconômicos (1) Surveys/transversais (3) Artigo de opinião (1)

\*África do Sul (1), Arábia Saudita (1), Austrália (3), Canadá (2), Colômbia (1), Dinamarca (1), Eslováquia (1), Finlândia (1), Genebra (1), Irã (1), Irlanda (2), Jordânia (3), Malásia (3), México (1), Montenegro (1), Nepal (2), Paquistão (1), Polônia (2), Portugal (3), Qatar (1), Suíça (3) e Taiwan (2)

\*\*Dinamarca, Egito, Espanha, Peru, Portugal, Suécia e Suíça.

Nos trabalhos classificados na base BVS e Scielo, dos artigos encontrados, 18 citaram como perspectiva teórica adotada o Consenso sobre Atención Farmacéutica – Ministério da Saúde da Espanha (ESPAÑA, 2001); 8 trabalhos adotaram a perspectiva teórica de Cipolle, Strand e Morley (2004); 3 utilizaram a Proposta de Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica (OPAS, 2002); 3 apresentaram propostas com definições inovadoras; 7 eram estudos de revisão de literatura, 2 de revisões sistemáticas e os demais estudos não citaram a adoção de nenhuma perspectiva teórica. Em alguns trabalhos foi possível identificar alguns elementos que permitiram caracterizar fundamentos, finalidade, atividades e ações em torno da definição.

Com relação às políticas avaliadas, foram objeto de análise políticas de Estados Unidos, Espanha, Canadá, Austrália, Reino Unido e União Europeia. Entre os documentos analisados, identificou-se 2 Consensos: um Consenso de Atenção Farmacêutica da União Europeia e um espanhol. Os demais países analisados tinham políticas setoriais dos respectivos órgãos oficiais de saúde que orientavam a oferta, o acesso e financiamento dos serviços de atenção farmacêutica (Quadro 2).

**Quadro 2: Síntese das políticas avaliadas e denominação adotada para os serviços de atenção farmacêutica.**

PAÍS	DOCUMENTO	DENOMINAÇÃO
Brasil	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proposta de Consenso Brasileiro em Atenção Farmacêutica (OPAS, 2002)</li> <li>• Política Nacional de Assistência Farmacêutica (BRASIL, 2004)</li> <li>• Relatório do 1º Seminário Internacional para Implementação da Atenção Farmacêutica no SUS (2009),</li> <li>• Protocolo de Assistência Farmacêutica em DST/HIV/Aids, além da RDC da ANVISA nº 44/2009</li> </ul>	Atenção Farmacêutica
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde (BRASIL, 2010),</li> </ul>	Seguimento farmacoterapêutico
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cadernos de Cuidados Farmacêuticos na Atenção Básica do Ministério da Saúde (BRASIL, 2014, 2014b e 2015)</li> </ul>	Cuidado farmacêutico
EUA	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Política Planificada do Centers for Medicare &amp; Medicaid Services (CMS)</li> <li>• Lei Medicare Modernization Act of 2003</li> <li>• Documentos de posição do American College of Clinical Pharmacy <ul style="list-style-type: none"> <li>- Standards of Practice for Clinical Pharmacists (2014) e;</li> <li>- Collaborative Drug Therapy Management and Comprehensive Medication Management—2015</li> </ul> </li> <li>• Guide of Patient-Centered Primary Care Collaborative (PCPCC) - Integrating Comprehensive Medication Management to Optimize Patient Outcomes (2012)</li> <li>• Política planificada Minnesota Health Care Programs (MHCP) <ul style="list-style-type: none"> <li>- Medication Therapy Management Services (MTMS)</li> </ul> </li> </ul>	Medication Therapy Management (MTM)
Reino Unido	<ul style="list-style-type: none"> <li>• The UK National Health Service law. Guidelines for pharmaceutical services. 2013</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Serviços de Medicine Use Review (MUR)</li> </ul>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pharmaceutical Services Negotiating Committee (PSNC) e NHS Employers</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Serviço New Medicine Service (NMS)</li> </ul>
<b>Canadá</b>	<p>Programa da Association des Pharmaciens du Canadá</p> <p>Política Planificada para oferta de serviços MRS do Ministério da Saúde de Ontário, Manitoba, Columbia Britânica</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• PharmaCheck™</li> <li>• Medication Review Services (MRS)</li> </ul>
<b>Austrália</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Programa MedsCheck (Fifth Community Pharmacy Agreement e Sixth Community Pharmacy Agreement)</li> <li>• Guidelines of Pharmaceutical Society of Australia, 2012</li> <li>• Medical Benefits Schedule (MBS)</li> <li>• Guidelines of Pharmaceutical Society of Austrália, 2011 e Pharmaceutical Society of Austrália, 2011b</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• MedsCheck e Diabetes MedsCheck</li> <li>• Home Medicine Review (HMR)</li> <li>• Residential Medication Management Review (RMMR).</li> </ul>
<b>Espanha</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• III Consenso sobre Atención Farmacéutica – Ministério de Sanidad y Consumo e o Consensus of Pharmaceutical Care Forum – 2008.</li> </ul>	<p>Seguimento farmacoterapêutico (um dos elementos que compõem o significado da atenção farmacêutica nesse país)</p>
<b>União Europeia</b>	Pharmaceutical Care Network Europe (PCNE)	Pharmaceutical care

Dos documentos brasileiros que incluem a atenção farmacêutica em suas diretrizes, selecionou-se para análise a Proposta de Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica (OPAS, 2002); o Relatório do 1º Seminário Internacional para Implementação da Atenção Farmacêutica no SUS (BRASIL, 2006), a Política de Assistência Farmacêutica (BRASIL, 2004) o Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas (PCDT) do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) do Ministério da Saúde (BRASIL, 2010); o Protocolo de Assistência Farmacêutica em DST/HIV/Aids (BRASIL, 2010b); a RDC 44/2009 (ANVISA, 2009) e os Cadernos de Cuidados Farmacêuticos na Atenção Básica do Ministério da Saúde (BRASIL, 2014; BRASIL, 2014b; BRASIL 2015) .

Observou-se que nos documentos políticos dos EUA analisados a atenção farmacêutica se realiza no serviço de *Medication Therapy Management* (MTM); no Consenso Europeu a definição é assumida como uma filosofia e método de trabalho para os profissionais, dentro do processo de uso dos medicamentos, sendo considerada indispensável para assegurar a utilização adequada e segura dos medicamentos, garantindo, assim, o melhor resultado possível com os medicamentos, pelo paciente. O

Reino Unido identifica como serviço inerente à atenção farmacêutica o *Medicine Use Review* (MUR) e o *New Medicine Service* (NMS).

A *Association des Pharmaciens du Canadá* instituiu o *PharmaCheck*<sup>TM</sup>, como um programa dessa instituição para orientar a formação para o credenciamento de farmacêuticos que realizem serviços de *medicine use review*. Já o Ministério da Saúde dos estados e territórios do Canadá, analisados nessa pesquisa, possuem o programa *MedsCheck* que presta o serviço denominado *Medication Review Services* a pacientes que cumpram os requisitos de elegibilidade pré-definidos pelos respectivos ministérios da saúde. Oito das 10 províncias do Canadá possuem programas de *medicine use review* com financiamento, mas nem todas utilizam este termo para descrever o serviço fornecido. As províncias de Manitoba, Quebec e os territórios oferecem uma variedade de programas de natureza clínica nas farmácias comunitárias, mas não oferecem programas de *medicine use review* semelhantes ao das demais províncias (PAMMET, JORGENSON, 2014).

A Austrália desenvolve o programa *MedsCheck* e *Diabetes MedsCheck* que estão incluídos no *Pharmaceutical Benefits Scheme* – política que financia esses serviços, além dos programas mais recentes – *Home Medicine Review* (HMR) e *Residential Medication Management Review* (RMMR) – que preveem financiamento de serviços de completa revisão da farmacoterapia<sup>7</sup>.

A Espanha possui o Consenso sobre Atención Farmacéutica (ESPANÑA, 2001; COMITÉ DE CONSENSO, 2007), promulgado pelo Ministério de Sanidad y Consumo. Na perspectiva espanhola, as atividades farmacêuticas orientadas para o paciente, como dispensação, indicação de medicamentos que não necessitam de prescrição médica, educação sanitária, farmacovigilância, seguimento farmacoterapêutico e todas aquelas atividades que se relacionam com o uso racional de medicamentos foram incluídas no modelo de prática profissional denominado atenção farmacêutica.

## DISCUSSÃO

A análise da produção científica internacional revelou a predominância de trabalhos originários de publicações norte-americanas. Entre estes, foram encontradas as únicas publicações de natureza conceitual, citadas em diversos outros documentos

---

<sup>7</sup> Tradução livre do termo em inglês “comprehensive medicine use review”.

referenciais. Tal fato parece estar relacionado à concepção marco da definição de maior consenso existente sobre atenção farmacêutica, publicada por Hepler e Strand (1990), que são norte-americanos.

Outro dos trabalhos de origem norte-americana é que a definição do termo atenção farmacêutica está associada a um sentido filosófico que inclui atitudes, valores éticos e responsabilidades específicos que devem ser assumidos por todo farmacêutico que provê o serviço (RAMALHO DE OLIVEIRA, 2013). Com base nesses elementos conceituais é que se organiza o serviço de atenção farmacêutica, denominado *Medication Therapy Management* (MTM) e a diretriz política estabelecida no *Medicare*, que será tratada mais detalhadamente adiante (RAMALHO DE OLIVEIRA et. al, 2012; SHOEMAKER, HASSOL, 2011; ISETTS, 2012).

Observou-se ainda nessas publicações a presença de trabalhos centrados na avaliação de resultados da prática, em termos de efetividade, custos associados e impacto do serviço na redução da morbimortalidade relacionada à farmacoterapia. Utilizam-se estratégias metodológicas bem estruturadas e resultados importantes, associando positivamente a realização do serviço com redução de problemas farmacoterapêuticos<sup>8</sup> e alcance de metas terapêuticas (JOHNSON, BOOTMAN 1995; CIPOLLE, MORLEY, STRAND, 2004; CIPOLLE MORLEY, STRAND. 2006; ISETTS et al. 2008; ROBINSON et al. 2010; ROSENQUIST et al. 2010; SHOEMAKER e HASSOL 2011; WITRY et al. 2011; ISETTS et al. 2012; RAMALHO DE OLIVEIRA et al., 2012; ISETTS et al., 2016; ISETTS, 2016).

Conceitualmente, a definição de atenção farmacêutica nos EUA identifica como elemento fundamental da concepção a noção de prática profissional, compreendida como atividade em que o profissional liberal assume o compromisso e a responsabilidade por atender as necessidades farmacoterapêuticas dos pacientes (CIPOLLE, MORLEY, STRAND, 2004 e 2012; STRAND, CALERO 2004). Nesse conceito de prática profissional, o farmacêutico deve colocar o paciente como centro de

---

<sup>8</sup> Os trabalhos utilizam categorias para classificar os tipos de problemas encontrados na avaliação, atribuindo a eles subcategorias denominadas causas de problemas farmacoterapêuticos. As categorias aparecem como: **Categoria de problemas relacionados à indicação** - 1) Paciente necessita de farmacoterapia nova ou adicional; 2) paciente está utilizando uma farmacoterapia que não necessita, **Categoria de problemas relacionados à efetividade** - 3) paciente está utilizando o medicamento errado, 4) paciente está utilizando uma dose menor do que necessita, Categoria de problemas relacionado à segurança – 5) paciente está experimentando uma reação adversa, 6) paciente está utilizando uma dose maior do que necessita e **Categoria relacionada ao cumprimento da farmacoterapia** – 7) paciente está experimentando um problema de adesão.

sua atuação, norteando suas ações de acordo com as necessidades dos pacientes. Outro aspecto é que deve existir um *modus operandi* padrão para atender essas necessidades farmacoterapêuticas, o que é uma premissa filosófica e segundo os autores, tem natureza prescritiva (CIPOLLE, MORLEY, STRAND, 2004).

Outro elemento que fundamenta a definição de atenção farmacêutica presente nas publicações do referido país, é o componente de prática, denominado processo de cuidado. Os autores (CIPOLLE, MORLEY, STRAND, 2004) sinalizam que esse componente não é exclusivo da atenção farmacêutica e que é partilhado por outras práticas profissionais da atenção à saúde. As etapas do processo de cuidado são: a avaliação inicial, cujo objetivo é identificar problemas farmacoterapêuticos potenciais ou correntes; o plano de cuidados, que consiste em estabelecer as metas terapêuticas negociadas com o paciente para serem alcançadas; e o seguimento ou *follow-up* que, consiste numa avaliação de resultados clínicos. É essa etapa que se verifica se os pacientes alcançaram ou não as metas terapêuticas ou se desenvolveram novos problemas farmacoterapêuticos (CIPOLLE, MORLEY, STRAND, 2004; STRAND, CALERO 2004).

O último elemento conceitual que caracteriza essa prática é o sistema de gerenciamento que organiza todos os recursos necessários à oferta do serviço e inclui: definição de missão, visão, recursos humanos e materiais necessários, sistema de documentação clínica, avaliação do serviço mediante uso de indicadores específicos e sistema de reembolso da prática de maneira a assegurar que os profissionais sejam remunerados por esse serviço (CIPOLLE, MORLEY, STRAND, 2004).

A literatura apresenta uma importante caracterização das atividades do serviço de MTM: são serviços individualizados, prestados diretamente por um farmacêutico ao paciente, e são distintos de desenvolvimento e aplicação de formulários ao paciente, ou mesmo de atividades de informação e de natureza educativa. Além disso, requer exclusividade dos farmacêuticos, além de ressaltar a necessidade de remuneração destes profissionais, considerando o tempo gasto e grau de recursos necessários para se prover os serviços.

Um trabalho realizado com o objetivo de descrever as características de programas de MTM naquele país, identificou diferenças importantes em aspectos como critérios de elegibilidade para participar do programa, padrões de prática para os

serviços, reembolso e relevância para o *Medicare*<sup>9</sup>. Shoemaker e Hassol (2011) concluíram que os programas de MTM nos EUA adotam uma variedade de modelos de prática, além de utilizar também, diferentes critérios de elegibilidade para inclusão de pacientes a serem beneficiados. Embora tenham sido encontradas algumas diferenças nas ações e atividades, todos os serviços de MTM se organizam em torno dos mesmos fundamentos e finalidades (SHOEMAKER, HASSOL 2011). Além disso, esse marco legal contribuiu para que o serviço se disseminasse por quase todos os estados americanos (MCBANE, S. E. et al. Collaborative Drug Therapy Management and Comprehensive Medication Management—2015. *Pharmacotherapy* 2015; 35(4):39–50 doi: 10.1002/phar.1563.)

O documento dos EUA que foi objeto de análise foi o *Medicare Modernization Act of 2003* que trata da política implementada como resposta aos problemas da morbimortalidade relacionada aos medicamentos no país. Desde a criação do Medicare, em 1965, não houve a inclusão em sua legislação de cobertura para medicamentos destinada aos idosos. Isetts (2016) explica que, os motivos desta não inclusão ocorreram principalmente porque os medicamentos de prescrições mais habituais nessa época representavam um custo médio baixo e estes custos competiam com devastadoras despesas hospitalares entre os indivíduos aposentados; somado a isso a política do *Medicare* sofreu agressivo ataque, por ser considerada uma medicina socializada, ideologia combatida fortemente à época. Essa realidade, entretanto, tem-se modificado<sup>10</sup> desde a autorização da cobertura, no *Medicare*, de medicamentos prescritos em ambulatorios, além de outras alterações no programa (USA CONGRESS, 2003).

Olliver, Lee e Lipton (2004) consideravam que essa assistência de medicamentos representava uma inovação na legislação federal, que assegurava esse

---

<sup>9</sup> *Medicaid e Medicare* são dois programas governamentais que fornecem serviços médicos e de saúde para grupos específicos de pessoas nos Estados Unidos. Embora os dois programas sejam muito diferentes, ambos são geridos pelos Centros de Serviços Medicare e Medicaid, uma divisão do Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos EUA. Medicare é um seguro de saúde para 1) pessoas com 65 anos ou mais; 2) pessoas com menos de 65 que tenham certas incapacidades; 3) pessoas de qualquer idade com Doença Renal em Estágio Final (deficiência permanente dos rins que exija diálise ou transplante). As diferentes partes do Medicare ajudam a cobrir serviços específicos: Medicare Parte A (Seguro Hospitalar); Medicare Parte B (Seguro Médico); Medicare Parte C (também conhecido como Medicare Advantage); Medicare Parte D (Cobertura de Medicamentos Receitados sob o Medicare) (Centers for Medicare & Medicaid Services – CMS , 2011)

<sup>10</sup> Em 8 de dezembro de 2003, o presidente George W. Bush assinou o *Medicare Prescription Drug, Improvement and Modernization Act* (P.L. 108–173)

novo direito aos beneficiários do *Medicare* que passariam a gastar uma média de 2.32 dólares por ano em medicamentos prescritos. Apesar disso, o novo benefício tem ainda grandes desafios a serem superados para assegurar esse direito (ALPERT, 2016).

Na iminência da aprovação desse projeto de lei, foi relevante o fato de que, em 2002, o Relatório MedPac<sup>11</sup> (USA, 2002) ressaltou a importância de incluir farmacêuticos que oferecessem os serviços de MTM em um futuro benefício para medicamentos, com a recomendação ao Congresso de que o incluísse aos beneficiários do Medicare que utilizassem regimes medicamentosos complexos. Assim, o *Medicare Modernization Act of 2003*<sup>12</sup> estabeleceu o *Medicare Part D Prescriptions Drug Benefit*, juntamente com o requerimento de que os planos e pagadores da Parte D controlassem custos e melhorassem a qualidade do programa por meio do MTM (ISSETS, 2016).

O MTM no *Medicare Modernization Act of 2003* é descrito como um programa de gerenciamento da farmacoterapia, fornecido para garantir que os medicamentos sejam utilizados de forma adequada, a fim de otimizar os resultados terapêuticos através de um melhor uso de medicamentos e para reduzir o risco de eventos adversos (USA, 2003; CMS, 2012).

Outro importante fato marcou a política em questão, no sentido de efetivar a disseminação desse serviço. Em 2006, graças à movimentação de associações de representação farmacêutica e centros universitários, o serviço de MTM foi descrito oficialmente no Current Procedural Terminology (CPT)<sup>13</sup>, como avaliação e intervenção face a face, realizada por um farmacêutico, para otimizar a resposta aos medicamentos ou para gerenciar interações medicamentosas relacionadas com o tratamento. Os elementos que comporiam o serviço de MTM estabelecido no CPT incluíam: a)

---

<sup>11</sup> A *Medicare Payment Advisory Commission* (MedPAC) é uma agência independente do Congresso Americano criada pelo Balanced Budget Act of 1997 (PL 105-33) com o objetivo de aconselhar o Congresso Americano em questões que afetem o Programa Medicare. Além disso, é responsável pelo aconselhamento sobre pagamentos a planos de saúde, Programa Medicare Advantage e sobre os pagamentos a planos de saúde que participam do Medicare tradicional, e também por analisar o acesso ao cuidado, qualidade da atenção à saúde e outros problemas que afetem o Medicare. A comissão é composta por 17 membros com especialidade em finanças e provisão de serviços de saúde que se reúnem publicamente para discutir questões políticas e formular recomendações ao Congresso. Para isso seus membros consideram resultados de grupos de pesquisa, apresentações de especialista em políticas e comentários de partes interessadas.

<sup>12</sup> No Capítulo 42 Code of Federal Regulations (CFR), seção 423, subseção D (ISSETS, 2016).

<sup>13</sup> A Current Procedural Terminology (CPT®) inclui nomenclatura médica mais amplamente utilizada e aceita nos EUA para relatar procedimentos e serviços médicos que ocorrem em programas de seguro de saúde públicos e privados. A CPT é mantida pela Editorial CPT Panel, que se reúne três vezes por ano para discutir questões relacionadas com as tecnologias novas e emergentes, bem como as dificuldades encontradas com os procedimentos e serviços e sua relação com códigos de CPT.

farmacêuticos realizando face a face uma compreensiva/completa/integral revisão da farmacoterapia e sua avaliação; b) identificar prevenir e resolver problemas farmacoterapêuticos; c) formular um plano de tratamento medicamentoso que ajude os pacientes a conquistarem suas metas terapêuticas; d) monitorar e realizar avaliações de seguimento para verificar os resultados da terapia; e) o MTMS deverá ser provido para otimizar a resposta dos medicamentos ou para manejar o tratamento medicamentoso, as interações e outras complicações (ISETTS, 2016, ISETTS et al., 2016; ISETS et al, 2012, ISSETS et al, 2008).

Esta conquista representou um avanço, pois o CPT Editorial Panel reconheceu a segurança e eficácia dos serviços de MTM (ISETTS 2016, ISETTS et al, 2016). Entretanto, não foram convencidos de que esse serviço seria largamente disponibilizado. Assim, pela ausência de evidências disponíveis à época, foi concedido um código de categoria temporária com proposta de ser revisto à medida que o código começasse a ser utilizado em escala, pelos farmacêuticos.

Como resposta a essa decisão, foi realizada uma pesquisa com provedores e pagadores que disponibilizavam serviços de MTM como definido no CPT 2006. Os resultados apontaram que todos os 50 estados americanos estavam provendo MTM como especificado e 86% das repostas foram originadas de unidades ambulatoriais e mostraram também que ocorreram, aproximadamente, 2,8 milhões de encontros de MTM nos dois primeiros anos estudados (2005-2006). Assim, em 2007 foi concedida a categoria de código permanente (ISSETS, 2016), significando a institucionalização do serviço nos sistemas de saúde.

Isetts (2016) afirma que “a política de saúde americana é substancialmente influenciada pelas inovações do Estado, demonstração de projetos, testes em larga escala de mudanças e iniciativas de *multistakeholders*” (p 406). Desse modo, uma grande iniciativa envolvendo *multistakeholders* ocorreu para desenvolver padrões para oferta dos serviços de MTM. Incluem-se entre estes o *Project Asheville*, o *Project ImPACT*, e o *Minnesota Pharmaceutical Care Demonstration Project* que contribuíram para que esse estado aprovasse, em 2005, projeto de lei sobre o serviço de MTM, com seus objetivos, padrões de prática e um sistema de pagamento do serviço e, assim, oferecer a evidência necessária para institucionalização do serviço nos sistemas de saúde americanos.

Apesar do sistema de saúde americano ser considerado um dos mais caros do mundo é também um dos mais ineficientes, algumas estratégias com o objetivo de realizar transformações neste sistema tem incluído intervenções de fortalecimento da atenção primária. Essas intervenções tentam fortalecer o cuidado centrado no usuário através de abordagens da equipe de saúde (McBane, S. E. et al, 2015). Nesse sentido é que o *Patient-Centered Primary Care Collaborative* (PCPCC) (2012) introduziu o serviço de MTM como serviço relevante na atenção primária tanto pelos resultados clínicos, humanísticos e econômicos documentados dessa prática quanto pela abordagem interdisciplinar que o serviço requer.

A institucionalização do MTM no país tem contribuído para que essa prática farmacêutica de natureza clínica esteja em fase avançada, quando comparada a outros países. Pode-se observar nas publicações que os resultados clínicos, humanísticos e econômicos do MTM têm sido avaliados. Os estudos em geral concluem que serviços MTM podem melhorar os resultados clínicos, a adesão e a segurança dos medicamentos, além de reduzir as despesas de saúde. No entanto, os desafios relacionados ao financiamento desse serviço ainda permanecem (ISSETS et al, 2016, ISSETS et al, 2012, ISSETS et al, 2008).

No Canadá<sup>14</sup> (PAMMETT e JORGENSON, 2014), os farmacêuticos comunitários desempenham um papel fundamental no sistema de saúde canadense, atuando na distribuição de medicamentos e em serviços cognitivos. Os serviços de distribuição de medicamentos estão diretamente associados com a prescrição e dispensação e envolvem, principalmente, o fracionamento de medicamentos adequados às necessidades dos pacientes. Os serviços classificados como cognitivos estão direta ou indiretamente associados à prescrição de medicamentos.

Pammett e Jorgenson (2014) descrevem as atividades desses serviços cognitivos, incluindo atividades como avaliação da farmacoterapia, educação do paciente e monitoramento da terapia medicamentosa. Um dos fundamentos da atividade clínica denominada *Medicine Use Review* considera que os farmacêuticos devem aplicar o

---

<sup>14</sup> Pela Constituição canadense, a organização dos serviços de saúde é de competência provincial, não existindo um sistema de saúde canadense, mas, sim, dez sistemas provinciais (e dois territoriais). Para receber os subsídios federais, esses sistemas devem respeitar princípios estabelecidos pela Política Nacional de Saúde, reiterados em lei canadense de 1984 sobre a saúde. O respeito a esses princípios faz com que haja mais semelhanças que diferenças na organização do sistema. Outro aspecto é que o poder de regulação federal também tende a diminuir. (CONILL, 2000)



conhecimento e julgamento clínico para otimizar os resultados terapêuticos dos pacientes; a esse paradigma de prática denominam de atenção farmacêutica.

A *Association des Pharmaciens du Canadá* criou o programa denominado PharmaCheck™. O programa se caracteriza por ser um serviço de revisão abrangente da terapia medicamentosa, realizada por farmacêuticos, a pacientes elegíveis. As ações e atividades básicas do programa são compostas por: 1) realização de avaliação de medicamentos com até quatro atendimentos de acompanhamentos por ano e 2) uma revisão de medicamentos específicos para a diabetes com até quatro acompanhamentos por ano (PEI, 2013).

Embora Pammett e Jorgenson (2014) associem o conceito de serviços cognitivos farmacêuticos ao de atenção farmacêutica, o documento da *Association des Pharmaciens du Canadá* (PEI, 2013), analisado não faz referência a essa denominação, mas ao PharmaCheck™. Estabelece como objetivo do programa fornecer um serviço de farmácia de natureza clínica com foco no uso adequado de medicamentos prescritos e não prescritos e uma gestão adequada da condição clínica do paciente, para alcançar melhores resultados em saúde, além de discutir sobre tratamentos não-medicamentosos potenciais que podem ajudar a alcançar as metas terapêuticas. Determina que o farmacêutico também deva desenvolver planos de cuidado sobre as questões identificadas e acompanhamento com os pacientes.

Dentre as atividades que o farmacêutico deve realizar no PharmaCheck™ na condução da avaliação do paciente estão: 1) identificar pacientes elegíveis; 2) agendar atendimento mediante um encontro face a face entre farmacêutico e paciente; 3) preparação para o atendimento, que consiste em preencher algumas informações do paciente relacionadas aos seus medicamentos, com o objetivo de auxiliar o farmacêutico em sua avaliação; 4) que o processo de entrevista é altamente recomendável e a revisão da farmacoterapia ocorra em área privada ou semiprivada da farmácia para garantir a privacidade do paciente, colocá-lo à vontade e ajudar a construir um forte relação de respeito para com o serviço profissional oferecido; 5) utilização de raciocínio clínico em que o farmacêutico deve documentar todas as questões, ações e o acompanhamento necessário; 6) registro pessoal de medicamentos que serve para reforçar o discutido na revisão e melhorar ainda mais a adesão do paciente à terapia medicamentosa; 7) comunicação ao prescritor, se for considerado

apropriado, pode ser usada para comunicar questões e recomendações ao médico na consulta de retorno do paciente ou para outro médico, como informação somente, ou para eventual ação; 8) o acompanhamento/seguimento é limitado a quatro acompanhamentos por ano; nessa etapa o farmacêutico documenta problemas, intervenções e resultados e se o farmacêutico completou o seguimento dos pacientes (PEI, 2013).

De modo geral, as províncias possuem um programa de revisão de uso dos medicamentos (*Medication Review Services*), podendo também assumir a denominação *MedsCheck*, como ocorre em Ontário. A maioria das províncias no Canadá têm recebido financiamento do governo para implementarem esse programa em farmácias comunitárias destinado aos pacientes que cumpram os requisitos de elegibilidade pré-definidos (Ontário, 2014; Pharmaceutical Services Division Ministry of Health BC, 2014; The Manitoba Society of Pharmacists, 2014).

Embora os detalhes operacionais e a terminologia possam diferir em alguma medida em cada província e território, estes programas compartilham o objetivo comum de prover atendimento que melhore a compreensão do paciente sobre seus medicamentos a assim contribuir para melhorar os resultados de saúde. Define-se que seja prestado por um farmacêutico, em um encontro individualizado, durante o qual o paciente e o farmacêutico identificam todos os medicamentos que o paciente está utilizando; discutem sobre como devem ser tomados e, quando necessário, elaboram um plano de gestão de medicamentos para identificar e solucionar problemas farmacoterapêuticos e estabelecer e monitorar o progresso do paciente frente aos objetivos de sua terapia medicamentosa (PAMMETT, JORGENSON, 2014).

Na análise dos documentos da *Association des Pharmaciens du Canadá* (PEI, 2013), da *Medication Review Services of the PharmaCare Policy Manual* (Pharmaceutical Services Division Ministry of Health BC, 2014) e do *Manitoba Comprehensive Medication Review Toolkit* (2014) observou-se que nestes programas são definidas etapas, como acolhimento, documentação, identificação de problemas relacionados ao uso de medicamentos (PRMs), realização de um plano de cuidados e avaliações de seguimento. Além disso, determinam-se padrões, como realização de avaliação face a face entre o farmacêutico e o paciente (com ou sem um cuidador, conforme o caso) em

uma área de aconselhamento privada e que essa avaliação deve ser registrada seguindo padrões mínimos.

Alguns problemas na oferta desse serviço podem ser destacados entre os diversos serviços farmacêuticos existentes nas províncias. O financiamento disponível para estes programas é limitado, bem como o acesso aos serviços, que obedece a critérios estritos de elegibilidade que, por sua vez, são inconsistentes e altamente variáveis, podendo prejudicar o acesso dos pacientes que realmente necessitem de tais serviços. Outro aspecto é a ausência de padrões de prática que traduzam, de maneira uniforme, essa atividade farmacêutica de natureza clínica que pode incluir, desde a provisão de informações sobre uso de medicamentos, até uma completa revisão da farmacoterapia, desenvolvida em parceria com outros profissionais de saúde.

A Austrália possui um sistema de saúde público e um privado que operam lado a lado. Assim como no Brasil, a rede de serviços públicos é organizada e provida pelos três níveis de governo (local, estado e território e nacional) e inclui serviços hospitalares, visitas a clínicas e profissionais generalistas. O setor privado australiano provê serviços hospitalares, serviços médicos e de farmácias comunitárias. Os cuidados de saúde são financiados principalmente pelo Pharmaceutical Benefits Scheme (PBS), Medicare, seguros de saúde privados, Departamento de Assuntos de Veteranos, além de outras fontes (MOLES, STEHLIK, 2015).

Em 1948, foi criado o Pharmaceutical Benefits Scheme (PBS), com o propósito de assegurar a disponibilização de medicamentos gratuitos aos pensionistas, diretriz prevista na Política de Medicamentos daquele país (National Medicines Policy, 2000). O PBS começou como uma lista de 139 medicamentos e atualmente expandiu para mais de 800. Esses medicamentos estão disponíveis para qualquer pessoa que possua um cartão válido do Medicare. O sistema é de co-pagamento e os percentuais de financiamento do governo para esses medicamentos são maiores entre os que possuem baixa renda. Medicamentos não contemplados no PBS são pagos, integralmente, pelos usuários do sistema (MOLES, STEHLIK, 2015).

Para atuar na rede de serviços, os farmacêuticos precisam atender a padrões rígidos e formais de educação e formação, organizados e fiscalizados pelo Australian

Pharmaceutical Advisory Council (APAC)<sup>15</sup>. A atuação dos farmacêuticos na Austrália requer licença específica e treinamento continuado. O âmbito de atuação dos farmacêuticos registrados é amplo e a maioria (63%) trabalha nas farmácias comunitárias, cerca de 18% em hospitais, 1,7% na indústria farmacêutica (MOLES, STEHLIK, 2015; COMBES et al, 2012).

Os proprietários de farmácias comunitárias são representados pelo grupo Pharmacy Guild of Australia que tem lobby político forte e negocia acordos de financiamento com o governo, a cada cinco anos. Esse acordo é conhecido como “Sixth Community Pharmacy Agreement” e possibilita que as farmácias comunitárias recebam pagamentos de incentivos em seis áreas prioritárias:

- Auxílio para administração de doses de medicamentos – a farmácia recebe financiamento do governo para reembalar medicamentos de pacientes em múltiplas doses;
- Intervenções clínicas – farmacêuticos documentam quaisquer intervenções realizadas para melhorar a qualidade do uso de medicamentos – que não envolvam necessariamente a comunicação direta com um médico, mas que incluam qualquer atividade que melhora a qualidade da utilização dos medicamentos;
- Fornecimento limitado de medicamentos como benzodiazepínicos, analgésicos e antidepressivos. A farmácia dispensa uma quantidade para um número limitado de dias;
- Cuidados primários de saúde, incluindo o screening e a avaliação de riscos, bem como acompanhamento para algumas condições crônicas mais comuns;

---

<sup>15</sup> Trata-se de um fórum consultivo que reúne representantes da classe médica, da enfermagem e farmacêuticos, bem como da indústria, consumidores e governo, com a função de aconselhar o Ministério da Saúde australiano sobre a política de medicamentos. A missão da APAC é desenvolver, promover, influenciar e auxiliar na implementação da Política Nacional de Medicamentos, através de parcerias. A APAC tem abordado questões relacionadas com a gestão de medicamentos entre os idosos há alguns anos. Em 1997, lançou diretrizes para a gestão de medicamentos em instituições de longa permanência e em residências com idosos. Atualmente, esse comitê passou a ser denominado National Medicines Policy Committee.

- Serviços de apoio à comunidade, incluindo a troca de seringas e dispensação de substituição de opiáceos;
- Trabalho colaborativo – os farmacêuticos recebem incentivo anual se documentarem prática colaborativa com, pelo menos, dois outros profissionais de saúde (Australian Government – Department of Health, 2015).

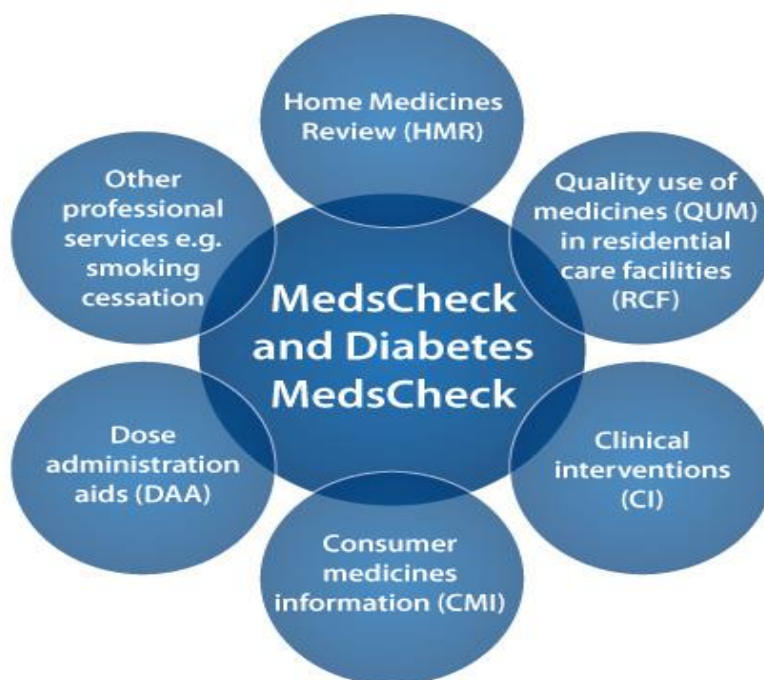
O 5thCommunity Pharmacy Agreement (Australian Government, 2014) estabeleceu o serviço MedsCheck na Austrália. O serviço MedsCheck centra-se na educação e auto cuidado da saúde e estratégias para melhorar a adesão ao tratamento. As atividades realizadas pelos farmacêuticos nos serviços MedsCheck e Diabetes MedsCheck, incluem reunir informações relevantes do paciente e seu cuidador para: a) avaliar e documentar uma lista completa de medicamentos prescritos e não prescritos; b) verificar se o paciente possui algum tipo de alergia; c) identificar quaisquer outras condições crônicas. Em ambos os serviços, o farmacêutico fornece informações sobre medicamentos e discute sobre o tratamento com o paciente. Ao final do encontro o farmacêutico entrega – ao paciente um plano de ação por escrito, contendo as metas terapêuticas acordadas com o paciente a serem alcançadas, as conclusões e recomendações realizadas pelo farmacêutico e pelo médico além de outros cuidados de saúde. Esses serviços de Medication Use Review requerem cooperação entre médico, farmacêutico e paciente (Pharmaceutical Society of Australia, 2012).

Os serviços MedsCheck e Diabetes MedsCheck podem requerer outros serviços, previstos nos acordos pactuados com o Sistema de Saúde, para assegurar melhores resultados no uso de medicamentos (Figura 1), tais como o auxílio para administração de medicamentos, prestar informações sobre os medicamentos e, outros serviços – Home Medicine Review (HMR) ou Residential Medication Management Review (RMMR).

A Pharmaceutical Society of Australia (2012) define os padrões de prática para esses serviços do MedsCheck, estabelecendo a necessidade de garantir privacidade e confidencialidade ao paciente; a identificação de problemas farmacoterapêuticos, a realização de um plano de cuidados e avaliações de seguimento para verificar o progresso do paciente frente aos objetivos estabelecidos, além de exigir que tudo seja apropriadamente documentado. Os critérios para incluir pacientes compreendem o uso

de polifarmácia – mais de cinco medicamentos de uso continuado (Pharmaceutical Society of Australia, 2012).

**Figura 1:** Interfaces entre os Serviços MedsCheck e Diabetes MedsCheck e outros serviços farmacêuticos.



Fonte: Pharmaceutical Society of Australia, 2012

Os serviços de *Home Medicine Review* (HMR) e *Residential Medication Management Review* (RMMR) são mais recentes e tem objetivos especiais de atender a população idosa nas residências. O HMR e o RMMR são serviços de revisão completa da farmacoterapia, diferentemente do *MedsCheck* e do *Diabetes MedsCheck* que são limitados pelas informações disponíveis no momento da consulta.

O HMR foi introduzido em 2001, no *Medical Benefits Schedule* (MBS) (2015), visando melhorar a utilização de medicamentos, reduzir a incidência de problemas farmacoterapêuticos e ajudar os pacientes a conquistarem seus objetivos terapêuticos. O HMR realiza uma avaliação clínica abrangente de pacientes em suas casas e na comunidade; envolve um farmacêutico credenciado, o médico generalista e sua farmácia comunitária habitual. Tem o objetivo de: assegurar que os medicamentos sejam os mais apropriados, efetivos e seguros, através da identificação, resolução e prevenção dos problemas farmacoterapêuticos; melhorar a qualidade de vida e a saúde

por meio da provisão do gerenciamento da farmacoterapia; melhorar o consumo e conhecimento sobre a saúde e sobre os medicamentos; facilitar relações de trabalho entre membros da equipe de cuidados à saúde, contribuir com a saúde e bem-estar dos pacientes e fornecer informações sobre os medicamentos para o paciente e outros prestadores de cuidados de saúde envolvidos na atenção ao paciente (MOLES, STEHLIK, 2015; Pharmaceutical Society of Austrália, 2011).

A melhor prática do serviço HMR considera que a entrevista com o paciente deva ocorrer na casa, mas o paciente pode requerer que esta ocorra em outro local, inclusive na farmácia comunitária. É importante que, nesse caso, se remetam as informações da avaliação do médico generalista para assegurar que o acesso a toda informação do paciente esteja disponível. Na entrevista, o farmacêutico credenciado deve incluir dados demográficos, história social, clínica, estado de saúde geral, além da completa revisão da farmacoterapia (informações sobre todos os medicamentos prescritos e não prescritos, doses, frequência, duração e instruções sobre a administração). Ao fim dessa entrevista, o farmacêutico verifica se existem problemas farmacoterapêuticos<sup>16</sup> potenciais ou correntes; segue-se o registro do plano de cuidados que inclui metas terapêuticas, ajustes no tratamento medicamentoso e no estilo de vida e o seguimento desses pacientes. Tudo deve ser devidamente registrado e as informações ficam disponíveis para o médico generalista e para o sistema de saúde, inclusive para se proceder ao pagamento pelos serviços (Pharmaceutical Society of Austrália, 2011)

O *Residential Medication Management Review* (RMMR) é um serviço realizado por um farmacêutico credenciado, de completa revisão da farmacoterapia fornecida a pacientes residentes de instituições de longa permanência que são financiadas pelo governo australiano. Assim como o HMR, tem o objetivo de identificar, resolver e prevenir problemas farmacoterapêuticos.

A partir de estudos que demonstraram a incidência dos problemas farmacoterapêuticos que, em geral, eram atribuídos a um estado de saúde ruim, à elevada utilização de medicamentos, polifarmácia e extensiva prescrição de medicamentos psicotrópicos entre esta população, o governo australiano decidiu que, por essa razão, deveria recomendar estratégias para enfrentar tal problema na população

---

<sup>16</sup> Os problemas farmacoterapêuticos são descritos como qualquer evento indesejável experimentado pelo paciente e que tenha relação com a farmacoterapia e que interfira ou tenha potencial de interferir com os resultados terapêuticos que se desejam alcançar.

de idosos que vive em instituições de longa permanência. O padrão exigido para esse serviço é o mesmo do HMR, a diferença ocorre apenas quanto aos beneficiários desse serviço que são os idosos de instituições de longa permanência (Pharmaceutical Society of Austrália, 2011b).

No Reino Unido, a atenção farmacêutica é denominada de "*Medicines Management*", algo como 'Gestão de Medicamentos', mas seu significado possui diferenças com as definições adotadas em outros países. Esta atividade é orientada exclusivamente para os pacientes. Na Escócia, os órgãos farmacêuticos usam a denominação atenção farmacêutica para descrever esse serviço. De acordo com Yordanova e Petkova (2013), em 2005, o Serviço Nacional de Saúde da Grã-Bretanha celebrou um contrato com as farmácias, com o objetivo de fornecer serviços básicos relacionados com a atenção farmacêutica, bem como com uma alta qualidade de serviços (The UK National Health Service law. Guidelines for pharmaceutical services. 2013).

A provisão dos serviços farmacêuticos pelo NHS, na Inglaterra, inclui os serviços de farmácia comunitária por meio de um contrato. Este contrato mudou ao longo do tempo, deslocando-se do foco em serviços de dispensação e distribuição para outro em que as farmácias são pagas para fornecer mais serviços clínicos, para além da dispensação. Embora os documentos façam referência a um contrato com as farmácias, as exigências são descritas em vários documentos: 1) The National Health Service Act 1977, 2) The National Health Service (Pharmaceutical Services) Regulations 20052, 3) The Pharmaceutical Services (Advanced and Enhanced) (England) Directions 20053, e 4) The Pharmaceutical Services (Advanced Services) (Appliances) (England) Directions 20094 (WELLS, 2014).

No Reino Unido, as farmácias comunitárias possuem três níveis de serviços que são prestados à população: 1) serviços essenciais, e 2) serviços avançados e 3) serviços melhorados e serviços compulsórios locais. Os serviços prestados pelas farmácias são financiados através do NHS – *Business Services Authority Prescription Pricing Division* (PPD) (WELLS, 2014; WELLS et al.,2014).

Os serviços essenciais são serviços que toda farmácia deve prover e incluem: dispensação de medicamentos (prescritos e padronizados pelo NHS); dispensação repetida – para medicamentos de uso contínuo; serviços essenciais adicionais ligados ao fornecimento de aparelhos; gestão de resíduos – coleta e disposição adequada dos



medicamentos devolvidos por pacientes; saúde pública – participação na promoção da saúde; sinalização – direciona clientes para outras fontes de ajuda e apoio; apoio ao autocuidado – presta aconselhamento e dispensa medicamentos de venda isenta de prescrição; governança clínica – assegura procedimentos apropriados e mecanismos de segurança na farmácia (WELLS, 2014).

O segundo nível de serviços é o de serviços avançados: São solicitados nacionalmente e só podem ser fornecidos por farmacêuticos credenciados em farmácias com instalações previamente aprovadas pela *Clinical Commissioning Group* (CCG) ou *Local Area Team* (LAT). As instalações incluem uma sala de consulta onde as atividades podem ser prestadas com privacidade. O primeiro serviço avançado introduzido foi o *Medication Use Review* (MUR) e o serviço de intervenção de prescrição, em 2005 (PSNC, 2014). Desde então, outros serviços avançados têm sido implementados, embora não sejam fornecidos amplamente. O mais recente, foi o *New Medicine Service* (NMS), implementado em Outubro de 2011 (Department of Health, 2011).

O *Guidelines for Pharmaceutical Services* definiu as diretrizes para esses serviços farmacêuticos avançados (The UK National Health Service Law. *Guidelines for Pharmaceutical Services*, 2013). Foram estabelecidos o *Medicine Use Review* (MUR)<sup>17</sup> e o *New Medicine Service* (NMS)<sup>18</sup> que teriam duração limitada com início em 1 de outubro de 2011 e deveriam ser concluídos em março de 2013.

Finalmente, em março de 2011, o *Pharmaceutical Services Negotiating Committee* (PSNC) e o *NHS Employers* anunciaram financiamento específico para desenvolvimento do mais novo serviço avançado para as farmácias comunitárias, o *New Medicine Service* (NMS), com o objetivo de aumentar a adesão dos pacientes ao tratamento e reduzir as perdas de medicamentos para aqueles com doenças crônicas

---

<sup>17</sup> MUR - Medicines Use Review - O Medicines Use Review (MUR) é um serviço de Intervenção e prescrição. É formado por farmacêuticos credenciados que procedem à revisão de uso dos medicamentos com pacientes que utilizam diversos medicamentos, especialmente aqueles que recebem medicamentos para condições crônicas.

<sup>18</sup> NMS – O New Medicine Service é destinado a pacientes que tiveram prescrição de um novo medicamento e o serviço tem como objetivo apoiar esses pacientes, a fim de maximizar os benefícios do medicamento prescrito. O NMS é baseado em pesquisa que mostra que uma intervenção precoce por um farmacêutico pode ajudar a melhorar a adesão do paciente aos seus medicamentos e reduzir o uso de outros recursos do Sistema Nacional de Saúde Inglês. O NMS, ressalta o papel oportuno que a farmácia comunitária possui na atenção à saúde do paciente, apoiando as pessoas com condições médicas crônicas. O NMS é um programa de natureza transitória (até então), financiado até o final de 2013, no entanto, é pouco provável que o financiamento seja prorrogado para além desta se houver uma baixa oferta deste serviço, ou se farmácia não puder demonstrar que as suas intervenções têm um impacto benéfico sobre a assistência ao paciente.

(PSNC, 2014; WELLS et al, 2014). O NMS foi criado como um programa de caráter provisório, mas em função da avaliação positiva do serviço, o governo britânico acordou que o NMS iria continuar em 2014/15. Como nos EUA e no Canadá existe remuneração desse serviço, pelo Serviço Nacional de Saúde, sua manutenção será considerada, caso os resultados positivos sejam mantidos (PSNC, 2014).

A revisão de literatura nas bases da BVS e Scielo demonstrou que, no Brasil, existe predominância de trabalhos que utilizaram a definição de atenção farmacêutica proposta pelo consenso de Granada (ESPAÑA, 2001 COMITÉ DE CONSENSO, 2007). Essa definição apresenta peculiaridade no referente às ações e atividades propostas na definição, pois se considera que as atividades farmacêuticas orientadas para o paciente, tais como dispensação, indicação de medicamentos que não necessitam de receita médica, educação sanitária, farmacovigilância, seguimento farmacoterapêutico e todas aquelas que se relacionam com o uso racional de medicamentos fazem parte do modelo de prática profissional denominado atenção farmacêutica.

Para Angonesi e Sevalho (2010), na definição apresentada na proposta espanhola, o que se define como seguimento farmacoterapêutico assemelha-se ao conceito de atenção farmacêutica elaborado pelo grupo de Minnesota. O Consenso Espanhol expressa que o seguimento farmacoterapêutico individualizado é a prática profissional na qual o farmacêutico se responsabiliza pelas necessidades do paciente relacionadas com os medicamentos, mediante a detecção, prevenção e resolução de problemas relacionados com o uso dos medicamentos (PRM), de forma continuada, sistematizada e documentada, em colaboração com o próprio paciente e os demais profissionais do sistema de saúde, com o fim de alcançar resultados concretos que melhorem a qualidade de vida do paciente.

Entretanto, alguns elementos que explicitariam a finalidade da atenção farmacêutica não estão pontuadas. A ideia de responsabilidade pelas necessidades relacionadas ao uso dos medicamentos é evidenciada de maneira clara, no entanto, não se apresenta uma base teórica que fundamente essas concepções, a exemplo do conceito de prática profissional ou mesmo do processo de cuidado adotado. A concepção de seguimento farmacoterapêutico como uma atividade da atenção farmacêutica constitui importante diferença, quando comparada a outras definições (CIPOLLE, MORLEY, STRAND, 2004; STRAND, CALERO 2004; CIPOLLE, CIPOLLE, STRAND, 2006; CIPOLLE, MORLEY, STRAND, 2012).

Correr e Otuki (2013) explicam que a atenção farmacêutica na Espanha se desenvolveu mais fortemente nas farmácias comunitárias, pois naquele país estas são de propriedade de farmacêuticos. Entretanto, essa forma de pensar a atenção farmacêutica enquanto uma multiplicidade de atividades, reconhecidas como atividades clínicas, distanciam-se do conceito seminal, proposto em 1990, e contribui para que não se desenvolva uma nova prática farmacêutica no referido país, além de dificultar o pagamento por estes serviços, como observado em outros países.

Na Espanha, alguns trabalhos assinalam a inexistência de um portfólio de serviços farmacêuticos clínicos remunerados que permita sua realização por farmacêuticos que desejem poder desenvolver uma prática clínica (GASTELURRUTIA, GARCÍA-CÁRDENAS, 2015). Esses serviços seriam financiados pelos consumidores de medicamentos dado que não existe, por parte do sistema de saúde, nenhuma iniciativa nesse sentido. Notam-se também algumas pesquisas que buscam avaliar o impacto econômico e clínico dessa atividade farmacêutica clínica e também os custos de prover o serviço (JÓDAR-SÁNCHEZ et al, 2015; NOAIN et al, 2014, NOAIN, et al, 2015)

Sobre o financiamento dos serviços profissionais farmacêuticos para realização de atividades clínicas, na Espanha, Machuca (2015) esclarece que os farmacêuticos que atuam na atenção primária e nos hospitais recebem salários de acordo com sua função assistencial, mas os farmacêuticos comunitários recebem margens de lucros sobre a venda de medicamentos, o que não permitiria realizar, com independência, atividades profissionais que impactem na redução da morbimortalidade relacionada à farmacoterapia.

No Brasil, as experiências que utilizam essa definição como referência foram predominantes (16 artigos). Tendo-se ainda dois trabalhos que adotaram a definição da Proposta Brasileira de Consenso da Atenção Farmacêutica (OPAS, 2002). Sobre esse documento produzido pela OPAS, relata-se que ocorreu uma recomendação dos participantes que “a proposta fosse amplamente divulgada, não como um guia de prática, e sim como uma proposta de consenso para a promoção da Atenção Farmacêutica no país, a ser discutida nas etapas prévias e na I Conferência Nacional de Política de Medicamentos e Assistência Farmacêutica, com o intuito de obter um consenso brasileiro sobre Atenção Farmacêutica” (p. 12). Apesar de a oficina ter

evidenciado o dissenso do que se compreendia como atenção farmacêutica no país, naquele momento, o que se percebeu foi a incorporação dessa definição nos documentos oficiais como pode ser percebido na PNAF (Política Nacional de Assistência Farmacêutica).

A definição apresentada pelo documento da OPAS (2002) faz referência às atividades específicas do farmacêutico no cuidado ao paciente ou usuário do medicamento. Propõe:

“um modelo de prática farmacêutica, desenvolvida no contexto da Assistência Farmacêutica. Compreende atitudes, valores éticos, comportamentos, habilidades, compromissos e co-responsabilidades 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 biopsicossociais, sob a ótica da integralidade das ações de saúde” (OPAS, 2002, p 16-17).

A exemplo do que ocorreu no consenso espanhol, no Brasil, as atividades farmacêuticas relacionadas ao cuidado do paciente foram consideradas componentes da prática profissional para o exercício da atenção farmacêutica. Os denominados macrocomponentes da prática da atenção farmacêutica são: educação em saúde, incluindo promoção do uso racional de medicamentos; orientação farmacêutica; dispensação; atendimento farmacêutico; acompanhamento/seguimento farmacoterapêutico; registro sistemático das atividades, mensuração e avaliação dos resultados (ANGONESI, SEVALHO, 2010). Tal fato pode explicar a difusão de modelos e experiências que utilizam como referência teórica a definição adotada pelos espanhóis no contexto brasileiro.

Outro aspecto encontrado na revisão de literatura é que, tal como nas definições abordadas acima, um dos fundamentos identificados em todos os modelos de serviços de atenção farmacêutica diz respeito à necessidade de atendimento face a face entre farmacêutico e paciente. Este fundamento não estava presente em alguns trabalhos; o que se observou foi a utilização de alguns elementos conceituais do modelo espanhol, a exemplo da utilização de categorias de PRMs, que, na verdade, serviam apenas para categorizar problemas observados em prescrições, sem existir uma avaliação do farmacêutico face a face com o paciente (SERAFIM et al, 2007; REIS et al, 2013). As experiências de implantação dos serviços de atenção farmacêutica encontradas na literatura foram realizadas principalmente em farmácias comunitárias públicas e

privadas, além de apresentaram ainda diversas dificuldades encontradas nesse processo (TOMASSI, RIBEIRO, 2012; PROVIN et al, 2010; CORRER et al, 2009; NASCIMENTO, CARVALHO e ACURCIO, 2009).

A inclusão do termo atenção farmacêutica em documentos políticos do Ministério da Saúde, se dá, explicitamente, apenas em duas políticas, a do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica - CEAF<sup>19</sup> e no Programa de AIDS, especificamente explicitada no Protocolo de Assistência Farmacêutica e DST/HIV/Aids (BRASIL, 2010b).

O Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas (PCDT) não apresenta uma definição de atenção farmacêutica, mas estabelece que a atividade envolve as definições da atenção farmacêutica e, quando realizada, deve ser desenvolvida pelo profissional farmacêutico (BRASIL, 2010). Cada PCDT apresenta de forma resumida dois fluxogramas, um de tratamento (que é destinado aos médicos) e um de dispensação (destinado aos farmacêuticos). De acordo com o documento, o fluxograma de dispensação apresenta as etapas a serem seguidas pelos farmacêuticos ou outros profissionais envolvidos nas etapas especificadas, desde o momento em que o paciente solicita o medicamento até sua efetiva dispensação. Ao farmacêutico são atribuídas responsabilidades administrativas, a exemplo de conferência de documentação obrigatória, CID 10 contemplado pelo protocolo, exames obrigatórios à solicitação e ainda a realização de entrevista farmacoterapêutica inicial que como explicitado acima, deve ocorrer envolvendo as definições da atenção farmacêutica; mas essa seria uma recomendação e não uma obrigatoriedade para o farmacêutico.

Apesar da não obrigatoriedade da dessa atividade, o documento afirma que a entrevista farmacoterapêutica pode fornecer as informações que auxiliem o farmacêutico na orientação ao paciente, enfatizando que as informações sobre o armazenamento e uso correto do medicamento devam ser realizadas inclusive por escrito.

Não se encontrou no documento referência a padrões de prática, e sim as recomendações sobre a monitorização do tratamento chamando a atenção para

---

<sup>19</sup> O Componente Especializado da Assistência Farmacêutica visa garantir, no âmbito do SUS, o acesso ao tratamento medicamentoso de doenças raras, de baixa prevalência ou de uso crônico prolongado com alto custo unitário, cujas linhas de cuidado estão definidas em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas - PCDT, publicados pelo Ministério da Saúde - MS.

informações de exames laboratoriais que não estejam compatíveis com aqueles definidos pelo PCDT e que devem ser informadas aos médicos. Os farmacêuticos são autorizados a se manifestarem, aos médicos, por meio de cartas, entregues pelos pacientes, inclusive apresentando exemplos dessa comunicação no documento.

Um estudo conduzido no Rio de Janeiro, que analisou a adesão aos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) no processo de dispensação de medicamentos do CEAF (LIMA-DELLAMORA, CAETANO, OSORIO-DE-CASTRO, 2012), observou que a estrutura das unidades estudadas comprometia a dispensação dos medicamentos, bem como a realização do acompanhamento farmacoterapêutico, ressaltando, entre outras coisas, que a área para a dispensação estava em desacordo ao recomendado, não assegurando mínimo conforto nem privacidade, inviabilizando, tanto a dispensação, quanto o trabalho clínico do farmacêutico. Os autores relataram ainda falta de treinamento formal para que os farmacêuticos se sentissem aptos para realizar a atividade clínica e que a carga horária semanal de trabalho desses profissionais não obedecia sequer a um dimensionamento que considerasse o número de pacientes cadastrados no CEAF, nem as demais atividades farmacêuticas previstas no programa. Ademais, a comunicação pretendida entre farmacêuticos e médicos sobre o acompanhamento clínico dos pacientes se mostrou tumultuosa e a carta sugerida como modelo sequer havia sido citada pelos farmacêuticos.

Para esses autores (LIMA-DELLAMORA, CAETANO, OSORIO-DE-CASTRO, 2012) os achados demonstraram que o acompanhamento farmacoterapêutico no Brasil é incipiente e que as concepções dos farmacêuticos permaneciam focadas nas atividades gerenciais e desarticuladas da clínica, não se observando um amadurecimento da categoria para aderir à proposta que integra o PCDT. Além disso, observou-se uma visão restrita por parte dos gestores e demais profissionais de saúde que veem as atividades farmacêuticas como de caráter eminentemente burocrático, ressaltado pelas diversas atividades administrativas, fato que demonstra compreensão ambígua de que os serviços administrativos e de suporte estariam voltados mais fortemente a interesses econômicos, enquanto que atividades inerentes ao cuidado estariam pautadas por uma lógica inversa.

O Protocolo de Assistência Farmacêutica em DST/HIV/Aids trouxe a proposta de qualificar a Assistência Farmacêutica no Programa de Aids; inclui orientações sobre a

dispensação e o uso racional de medicamentos; o protocolo se alinha às Diretrizes Gerais de Tratamento de AIDS e reconhece a atenção farmacêutica como atividade clínica que ocorre por meio de uma relação terapêutica entre farmacêutico e paciente; demanda dos farmacêuticos conhecimentos, atitudes e habilidades que permitam integrar-se à equipe de saúde e interagir com o paciente e a comunidade, contribuindo para otimização da farmacoterapia e uso racional de medicamentos.

O documento assinala, ainda, que as sistematizações das intervenções farmacêuticas e a troca de informações em um sistema composto por equipe multidisciplinar podem contribuir para impacto no nível coletivo e para a promoção do uso seguro e racional de medicamentos. Ademais, que o acompanhamento sistemático da terapia medicamentosa, utilizada pelo indivíduo, deve avaliar e garantir a necessidade, a segurança e a efetividade do processo de utilização de medicamentos, proporcionando resultados mais favoráveis durante a farmacoterapia, premissas filosóficas compatíveis com os elementos descritos por Cipolle e colaboradores (1998).

Finalmente, assumindo a assistência farmacêutica no Brasil numa concepção mais abrangente que inclui, além da finalidade de disponibilização de medicamentos, os serviços de clínica farmacêutica, que seriam ofertados com o objetivo de assegurar o uso racional dos medicamentos de forma integrada, contínua, segura e efetiva para o indivíduo, a família e a comunidade; o Ministério da Saúde instituiu como estratégia prioritária o Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (QualifarSUS). O objetivo proposto foi contribuir para o processo de aprimoramento, de implementação e de integração sistêmica das atividades da assistência farmacêutica nas ações e nos serviços de saúde, com vistas a assegurar à atenção contínua, integral, segura, responsável e humanizada (BRASIL, 2012).

Esse programa se organizou em quatro eixos: 1) estrutura – aporte de recursos para estruturação de serviços farmacêuticos; 2) educação – promover a educação permanente e a capacitação dos profissionais de saúde para qualificação das ações da assistência farmacêutica; 3) informação – produzir documentos técnicos e disponibilizar informações que possibilitem o acompanhamento, o monitoramento e a avaliação das ações e serviços da assistência farmacêutica; 4) 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.

É nesta perspectiva que se desenvolve, sob coordenação técnica da equipe da CGAFB/DAF/SCTIE, o Projeto Piloto de Cuidado Farmacêutico na Atenção Primária à Saúde. Trata-se de uma experiência de implementação de serviços de clínica farmacêutica nas Redes de Atenção à Saúde, com financiamento do Banco Mundial (BRASIL, 2014b). O referido serviço explicitou o propósito de atender às necessidades dos usuários relacionadas aos medicamentos de forma integrada, contínua, segura e efetiva, para obter resultados terapêuticos concretos. Neste serviço, o “farmacêutico gerencia o uso de medicamentos a nível individual, a fim de torná-lo mais eficiente, produzindo melhores resultados, sem aumento de custos” (BRASIL, 2014, p. 71).

A definição assumida para a atenção farmacêutica, denominada pelos autores, é cuidado farmacêutico, que integra:

“ações de educação em saúde, que incluem **atividades de educação permanente** para a equipe de saúde e **atividades de promoção à saúde** de caráter geral, e ações de **promoção do uso racional de medicamentos**, com o desenvolvimento de **atividades assistenciais e técnico-pedagógicas**. A atividade assistencial, praticada nos pontos de atenção, inclui os **serviços de clínica farmacêutica**, que podem ser ofertados ao usuário de forma individual e/ou em atendimentos compartilhados com outros membros da equipe de saúde” (BRASIL, 2014, p. 56-57).

Os autores compreendem que os serviços de clínica farmacêutica correspondem às funções do farmacêutico, realizadas diretamente com o usuário; as atividades técnico-pedagógicas corresponderiam a funções vinculadas à coletividade (família e comunidade) e à gestão do conhecimento (equipe de saúde); e as atividades de gerenciamento dos medicamentos correspondem aos serviços vinculados diretamente aos medicamentos (BRASIL, 2014). Percebe-se noção semelhante com a definição adotada pelos espanhóis.

O projeto desenvolvido na cidade de Curitiba/PR, durante o biênio 2013/2014, envolveu 30 farmacêuticos da Atenção Básica/NASF. O trabalho desses profissionais passou a se organizar em três componentes principais: atividades de gerenciamento dos medicamentos nas unidades; atividades técnico-pedagógicas voltadas à equipe e à comunidade e o serviço de clínica farmacêutica, dirigido ao paciente individual (BRASIL, 2014b). Importante ressaltar que os farmacêuticos capacitados para a atividade clínica realizavam-na concomitantemente com outras atividades tradicionais.



Nos resultados apresentados os autores identificaram 2.710 consultas farmacêuticas entre abril e setembro de 2014. Foram analisadas 702 consultas farmacêuticas de avaliação inicial, correspondentes a 566 usuários atendidos. As consultas de seguimento (*follow-up*) se reduziram a 136. Sobre a origem dos pacientes atendidos 55,6%, foram encaminhados ao serviço pela equipe, 43,3% por busca ativa realizada por farmacêuticos e 0,3% encaminhados por alta hospitalar. As condições clínicas mais comuns foram: hipertensão (83,5%), Diabetes tipo 2 (72,7%), dislipidemia (50,4%), obesidade (48%), entre outras. Foram identificados 3.145 problemas em 561 usuários, numa média de 5,6 problemas por pessoa. (BRASIL, 2015).

No âmbito da ANVISA, a RDC 44 de 17 de agosto de 2009 dispôs sobre as 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. Entre os serviços farmacêuticos referidos estavam os relativos à prestação de serviço de atenção farmacêutica em farmácias e drogarias.

Este serviço farmacêutico compreenderia a atenção farmacêutica domiciliar, a aferição de parâmetros fisiológicos e bioquímico e a administração de medicamentos, a promoção do uso racional dos medicamentos, a fim de melhorar a saúde e qualidade de vida dos usuários. Os objetivos propostos para a atenção farmacêutica incluíram a prevenção, detecção e resolução de problemas relacionados a medicamentos. A aferição de determinados parâmetros fisiológicos e bioquímico do usuário é para permitir o acompanhamento ou a avaliação da eficácia do tratamento prescrito por profissional habilitado, além de subsidiar informações quanto ao estado de saúde do usuário e situações de risco.

A resolução estabeleceu exigências relacionadas ao processo de cuidado e ao sistema de gestão da prática. Determinou a necessidade de elaboração de protocolos para as atividades relacionadas à atenção farmacêutica, incluídas referências bibliográficas e indicadores para avaliação dos resultados. Sobre a documentação das atividades clínicas também determinou que estas deviam ser documentadas de forma sistemática e contínua, obtendo o consentimento expresso do usuário. Apesar do conteúdo, prescreveu que os registros deviam conter informações mínimas como nome, endereço e telefone do usuário, bem como as orientações e intervenções farmacêuticas

realizadas e os resultados delas decorrentes, além das informações do profissional responsável pela execução do serviço.

A normativa atrelou, ainda, à documentação a necessidade de avaliar os resultados dessa atividade e ressaltou a necessidade de estabelecer contato com outros profissionais de saúde, sempre que o caso do paciente exigir. Tratou ainda da necessidade e compromisso que os farmacêuticos devem assumir para contribuir com a farmacovigilância, notificando a ocorrência ou suspeita de evento adverso ou queixa técnica às autoridades sanitárias. Esse documento foi o mais completo, relacionado à atenção farmacêutica já elaborado no Brasil. Apesar da Resolução se aplicar às farmácias e drogarias em todo o território nacional e, inclusive as farmácias públicas, pouco se tem avançado nesse sentido. As farmácias públicas ainda apresentam problemas estruturais e relacionados à regulamentação do setor.

A experiência brasileira, à semelhança do que se observou na Espanha, apresenta marco legal em relação a atenção farmacêutica e ao serviço dela decorrente ainda difuso e sem uma descrição precisa acerca das obrigações, direitos e responsabilidades e padrões de prática.

### **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A análise dos trabalhos encontrados na literatura e documentos políticos possibilitou identificar que, em geral, os fundamentos das atividades de natureza clínica – denominadas ou não de atenção farmacêutica – convergiram para a ideia de que os farmacêuticos devem assumir o compromisso e a responsabilidade por identificar, prevenir e solucionar os problemas decorrentes do processo de uso dos medicamentos; que essa atividade é diferente das atividades tradicionais realizadas, incluindo-se a dispensação. Também, que essa atividade só pode ser realizada por meio de uma relação face a face entre farmacêutico e paciente e que se requer do primeiro conhecimentos e habilidades que possibilitem trabalhar numa perspectiva centrada no paciente e não no medicamento.

A morbimortalidade relacionada ao uso de medicamentos – definida como a incidência e prevalência de doenças, enfermidades, dano produzido e morte associada à farmacoterapia. São de natureza multicausal e incluem tanto o uso não efetivo quanto as consequências indesejadas dos medicamentos; consequências que vão desde eventos adversos, interações medicamentosas, ausência de efetividade de tratamentos até a falta

de acesso a tratamentos eficientes (ISSETS, 2016, ISSETS et al. 2012) – pode ser considerada como o principal motivo para impulsionar a atenção farmacêutica nos sistemas de saúde analisados.

É possível relacionar que a finalidade principal da atenção farmacêutica na literatura e nos sistemas de saúde em que ocorre tem sido o enfrentamento dos problemas decorrentes da utilização de medicamentos, problemas, em sua grande maioria, evitáveis. Como afirma Ramalho de Oliveira (2011), essa evidência não exclui entretanto, que interesses corporativos relacionados à busca pela reprofissionalização da Farmácia e mudanças em suas práticas, quanto a busca pelo monopólio do mercado também influenciaram o discurso e a construção da atenção farmacêutica.

As políticas analisadas nesse estudo possibilitaram identificar um conjunto delas que estariam avançadas em relação a outras. Sabe-se que as políticas de saúde assumem formas e modalidades tanto políticas quanto institucionais diferenciadas para que possam assegurar o acesso aos benefícios àqueles considerados legítimos usuários dos sistemas de proteção social (FLEURY, OUVÉREY, 2008). Ademais que as políticas públicas constituem projetos de intervenção que resultam de diferentes concepções do que é a sociedade, o que é Estado e política de saúde. Assim, foi possível identificar alguns elementos considerados importantes para o avanço, em maior ou menor grau, da atenção farmacêutica nesses países. Seriam: 1) os resultados negativos da morbimortalidade relacionada à farmacoterapia e os custos decorrentes entraram na agenda dos sistemas de saúde; 2) as políticas definiram padrões de prática essenciais à atividade clínica desenvolvida na atenção farmacêutica ou denominação adotada; 3) ocorreu envolvimento de diversos atores – a exemplo de associações de profissionais, universidades, o setor farmacêutico, outros profissionais de saúde – nas etapas de elaboração, implantação, execução e avaliação das políticas; e 4) os serviços vinculados à atenção farmacêutica tiveram financiamento ou reembolso assegurado pelo sistema de saúde para incentivar a realização da atividade.

Apesar das diferenças relativas à denominação adotada para as atividades farmacêuticas de natureza clínica com o objetivo de identificar, prevenir e solucionar os problemas decorrentes do uso de medicamentos, nos países analisados, notou-se que no Reino Unido, EUA e Canadá e na Austrália as políticas definiram os objetivos para esses serviços, os beneficiários, os padrões de prática e aspectos relacionados à gestão

dos serviços. Na Espanha, o marco legal da atenção farmacêutica é um consenso, diferentemente dos demais países analisados que elaboraram políticas planejadas e/ou leis institucionalizando o serviço nos sistemas de saúde,.

Os destinatários dos serviços nesses países, em geral, são portadores de doenças crônicas prevalentes no país, idosos, pacientes em uso de polifarmácia, ou grupos de pacientes utilizando medicamentos de alto risco e pacientes que tiveram alta hospitalar. Essas estratégias de acesso aos serviços tem caráter racionalizador, mas em alguns desses países se observou dificuldades para que os usuários pudessem ser beneficiados pelos serviços.

Constatou-se que, nesses países, os sistemas de saúde estabeleceram financiamento específico para estimular os serviços, o que foi importante para assegurar a sua manutenção. Além disso, a realização da atividade esteve sempre relacionada à exigência de capacitação e autorização, mediante licença, para que os farmacêuticos pudessem atuar como provedores destes serviços. Os documentos conferem caráter de exclusividade à realização da atividade, devido à complexidade e especificidade desse serviço.

Nos países citados, a tendência geral é disponibilizar um serviço que atenda as necessidades dos pacientes relacionadas ao uso dos medicamentos, para otimizar o tratamento medicamentoso de cada um deles. Aspectos como o estabelecimento de relação terapêutica, ou seja, um atendimento face a face, definem a maneira como o farmacêutico deve exercer essa atividade. Todos os modelos desenvolvidos nos países analisados incluem atividades e ações comuns que devem ocorrer no atendimento dos pacientes, pelos farmacêuticos. Ou seja, esses profissionais devem efetuar uma avaliação individual, com o objetivo de identificar a existência de problemas relacionados ao uso dos medicamentos e estabelecer um plano de cuidados para assegurar a realização de intervenções que procurem resolver ou prevenir esses problemas; ademais, todos preveem, também, avaliação de seguimento (follow-up) para verificar o estado dos pacientes após as intervenções farmacêuticas.

Nota-se, ainda, que há uma exigência para que os farmacêuticos documentem as informações clínicas coletadas para assegurar o seguimento clínico e gerar relatórios de gestão do serviço, além de especificar a comunicação com outros profissionais de saúde como atividade importante para o sucesso do serviço. Nos países analisados, exceto

Espanha, os farmacêuticos ou são remunerados ou se assegura financiamento específico para o desenvolvimento do serviço, por mecanismos explicitados nas respectivas políticas.

As políticas implementadas, nesses países, foram concebidas, executadas e avaliadas com participação tanto das instituições de formação, quanto das associações farmacêuticas, junto aos sistemas de saúde. A participação envolvia a formação de profissionais, treinamentos continuados para assegurar profissionais com as competências e habilidades necessárias à execução dessas atividades clínicas. Em alguns países, as políticas foram implementadas em caráter provisório para mensurar os resultados e prover informações para manutenção dessas políticas, tudo isso com forte envolvimento das universidades e centros de pesquisa.

Essas características relacionadas à institucionalização dos serviços variaram em alguma medida nesses países. No Canadá, a autonomia de territórios e províncias, que possuem sistemas de saúde muito particulares, contribuiu para que se observasse menor unicidade das atividades farmacêuticas clínicas, em especial daquelas com concepções mais aproximadas da atenção farmacêutica.

Na experiência americana, o lugar para o desenvolvimento desse serviço, considerado estratégico, não é a farmácia comunitária – lugar em que o farmacêutico fica vulnerável a diversos conflitos de interesse e em que o papel de dispensadores predomina – e sim junto à equipe de saúde. Neste país, esse serviço foi pensado como uma espécie de nova profissão para os farmacêuticos que realizam, pois, é diferente de todas as atividades tradicionais exercidas por esses profissionais. Logo, esses farmacêuticos que atuam como ‘gestores da farmacoterapia’ (RAMALHO DE OLIVEIRA, 2013) exercem exclusivamente tal atividade e são remunerados por esse serviço.

Na Espanha, este é um locus privilegiado, mas também é onde se evidenciam as principais dificuldades para realização das atividades clínicas, pois o farmacêutico tem sobrecarga de atividades tradicionais e não tem assegurado remuneração por essa atividade, o que não estimula seu desenvolvimento. Na Austrália, a literatura investigada apontou o lobby de proprietários de farmácias comunitárias na negociação de acordos de financiamento; entretanto verificou-se ações do Estado para incentivar

que as farmácias comunitárias estimulassem os farmacêuticos a realizar as atividades com finalidades compatíveis com serviços de atenção farmacêutica.

Nesta pesquisa, buscou-se avaliar também o Sistema de Saúde francês para identificar políticas relacionadas com a definição de atenção farmacêutica. O *Code de la Santé Public* define o papel do farmacêutico e delimita tudo que ele pode e não pode fazer (BRUNIE, ROUPRE<sup>T</sup>-SERZEC, RIEUTORD, 2010). O código não define o termo atenção farmacêutica, no entanto, parte das atividades que o documento descreve para o farmacêutico realizar na farmácia comunitária são consultas farmacêuticas para efetuar a educação terapêutica dos pacientes.

O citado documento recomenda que o farmacêutico proceda ao chamado treinamento terapêutico, que estabelece habilidades e competências para tais profissionais orientarem pacientes, para que melhorem seu tratamento. O Ministério da Saúde Francês autoriza a realização de programas de educação em saúde para pacientes, que devem ser desenvolvidos por, pelo menos, dois diferentes profissionais de saúde (BRUNIE, ROUPRE<sup>T</sup>-SERZEC, RIEUTORD, 2010).

Na França, embora se assuma a definição de atenção farmacêutica descrita por Hepler e Strand (1990), a formação não contempla, nos currículos das escolas de Farmácia, a abordagem clínica. Entretanto, alguns autores já discutem a importância de incluir nos currículos um ensino integrado que possibilite aos graduandos utilizar os conhecimentos de forma analítica, de modo a atender as necessidades farmacoterapêuticas e a expressão dos problemas farmacoterapêuticos (CHARPIAT et al. 2016).

Um estudo conduzido por Perraudin, Brion, Bourdon e Pelletier-Fleury (2011), apontou que, apesar das barreiras que os farmacêuticos encontram para assumir a atenção farmacêutica – a exemplo da falta de tempo de trabalho, remuneração e problemas de estrutura para realizar a atenção farmacêutica – os futuros farmacêuticos franceses estavam motivados para desenvolver o seu papel na atenção ao paciente, além do papel tradicional de dispensadores.

No Brasil, é possível elencar alguns aspectos relacionados às políticas que incluíram a temática. Os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) do Ministério da Saúde buscaram estimular uma prática clínica farmacêutica nas bases da atenção farmacêutica. Porém, a excessiva carga de trabalho administrativo somado ao

dimensionamento inadequado de pessoal para executar essas atividades, a estrutura física das unidades de saúde que não assegura privacidade e comodidade, além de falta de qualificação técnica dos farmacêuticos para essa atividade, contribuíram para o inexpressivo avanço de um serviço com as características da atenção farmacêutica. A lógica de produção de serviços valorizada pelos gestores, em geral, enaltece mais as atividades burocráticas voltadas à disponibilidade de medicamentos – que denotam sentido de racionalidade de recursos e visão centrada no medicamento – enquanto que as atividades clínicas, não são estimuladas e reconhecidas por gestores e farmacêuticos.

A experiência desenvolvida pelo Ministério da Saúde em parceria com o município de Curitiba empreendeu esforços para desenvolver um projeto experimental que pudesse ser realizado nas farmácias comunitárias do SUS, mas esbarrou em problemas cruciais relacionados ao processo de trabalho do farmacêutico que deveria realizar atividades tradicionais focadas no medicamento, e ao mesmo tempo atividades clínicas, constituiu um entrave para o desenvolvimento de serviços dessa natureza.

A RDC 44/2009 da Anvisa representa um marco legal relevante para a institucionalização da atenção farmacêutica; no entanto, há pouca influência dessa normativa no âmbito das farmácias públicas. Outro ponto sobre o avanço dessas políticas no Brasil é que o envolvimento das associações profissionais – a exemplo dos Conselhos de Farmácia – e universidades, no referente à formação e qualificação profissional não tem ocorrido na mesma medida que em outros países analisados. As disputas no campo acadêmico e político podem explicar as dificuldades para a construção de uma atividade farmacêutica clínica que consolide um modelo de prática profissional compatível com os princípios do SUS. Alguns reflexos disto podem ser percebidos como a redução da produção científica nas bases do Scielo e Lilacs, enquanto a China e outros países da África e Oriente Médio têm, comparativamente, publicado mais.

Desse modo, a realização do serviço de atenção farmacêutica, no Brasil, é de caráter opcional e se recomenda que o profissional farmacêutico utilize o modelo que avaliar como o mais adequado. Não existe nenhum tipo de financiamento para essas atividades, tampouco se dispensa do farmacêutico a responsabilidade por realizar outras atividades de natureza administrativa. Essas questões podem contribuir para a pouca institucionalização de serviços de atenção farmacêutica no SUS.

A análise da literatura e de diversas diretrizes nacionais em países europeus, Austrália, Canadá e EUA mostram grandes diferenças na definição do que se denomina atenção farmacêutica. Entretanto, é possível estabelecer um fio condutor que assemelhe aspectos atinentes aos fundamentos que estruturam os serviços, finalidades, ações e atividades; ou, como a literatura internacional propõe: elementos filosóficos dessa prática, outros que descrevem o processo de cuidado a ser fornecido ao paciente e ainda, outros referente ao sistema de gestão que organiza e elege recursos materiais e humanos necessários a realização da prática.

Desse modo, mesmo que esse serviço assuma denominações distintas do termo mais consensual no âmbito da atenção farmacêutica, é possível identificar elementos considerados fundamentais para se estruturar uma prática. Os autores da universidade de Minesota traduziram essa concepção de maneira mais universal, definindo esses elementos como componentes de prática da atenção farmacêutica: a filosofia da prática, o processo de cuidado e a gestão (CIPOLLE, MORLEY e STRAND, 1998). É em torno desses elementos que um serviço de atenção farmacêutica (ou como se denomine) deve se estruturar.

Ao analisar a atenção farmacêutica e o papel da universidade e do sistema de saúde espanhol, Machuca (2015) afirma que o marco legal espanhol atual para regulamentar esse serviço ainda é difuso e necessita de uma descrição precisa acerca das obrigações, direitos e responsabilidades, mas assinala que, apesar disso, pode servir ao menos como respaldo para iniciar um processo de desenvolvimento profissional e fornecer alguma cobertura legal aos profissionais que desejarem desenvolver esse serviço. O autor destaca que são as faculdades de Farmácia que detém o compromisso de formar profissionais preparados para assumir essa responsabilidade requerida pela legislação e, se esta instituição falha, está defraudando a sociedade, já que não formará farmacêuticos que atendam as demandas da sociedade que sofre com a morbimortalidade relacionada aos medicamentos.

Entretanto, a política de saúde não se situa apenas na interface com a sociedade, ela também está na interface com o Estado – que regulamenta, que decide como recolhe e aplica recursos, cria serviços e define o seu acesso, desenvolve tecnologias e forma seus recursos humanos – e o mercado – que produz insumos e participa da oferta de serviços e da formação de recursos humanos. Por essa razão a análise das políticas



farmacêuticas deve considerar essas relações dado que uma política é a ação e a omissão do Estado em relação a determinada questão. Nessa perspectiva as políticas farmacêuticas que se relacionam com a implantação de serviços de atenção farmacêutica se inserem nessa definição e também expressarão dimensões de poder na conformação da agenda, na formulação, na condução, na implementação e na avaliação dessas políticas.

## REFERÊNCIAS

ALPERT, A. The anticipatory effects of Medicare Part D on drug utilization. **J Health Econ.** 2016 Jun 22;49:28-45. doi: 10.1016/j.jhealeco.2016.06.004.

ALVAREZ-RISCO, A; VAN MIL, J. W. Pharmaceutical care in community pharmacies: practice and research in Peru. **Ann Pharmacother.** 2007. 41(12): 2032-2037.

AMARANTE, Laila Carvalho et al. Acompanhamento farmacoterapêutico de pacientes hipertensos usuários da farmácia popular: avaliação das intervenções farmacêuticas. **Arq. ciências saúde UNIPAR;** 15(1)jan.-abr. 2011. p. 29-35.

ANGONESI, Daniela; SEVALHO, Gil. Atenção Farmacêutica: fundamentação conceitual e crítica para um modelo brasileiro. **Ciênc. saúde coletiva,** Rio de Janeiro , v. 15, supl. 3, p. 3603-3614, Nov. 2010 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232010000900035&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000900035&lng=en&nrm=iso)>. access on 23 Aug. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000900035>

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada – **RDC nº 44, de 17 de agosto de 2009.** Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências. Disponível em: < [http://cfo.org.br/wp-content/uploads/2010/02/180809\\_rdc\\_44.pdf](http://cfo.org.br/wp-content/uploads/2010/02/180809_rdc_44.pdf)> Acesso em 16 out. 2016.

Australian Government – Department of Health. **6th Community Pharmacy Agreement.** 2015. Initiatives and programs. Medication management. Disponível em: < <https://www.guild.org.au/docs/default-source/public-documents/tab---the-guild/Community-Pharmacy-Agreements/6cpa---final-24-may-201558b59133c06d6d6b9691ff00026bd16.pdf?sfvrsn=2/>>. Acesso em 16 março 2016.

Australian Government – Department of Health. **5th Community Pharmacy Agreement.** 2014. Initiatives and programs. Medication management. Disponível em: < <http://5cpa.com.au/about-5cpa/>>. Acesso em 16 março 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Serviços farmacêuticos na atenção básica à saúde.** Brasília : Ministério da Saúde, 2014. 108 p. : il. – (Cuidado farmacêutico na atenção básica ; caderno 1). ISBN 978-85-334-2196-7

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica Insumos Estratégicos. **Planejamento e implantação de serviços de cuidado farmacêutico na Atenção Básica à Saúde:** a experiência de Curitiba. Brasília : Ministério da Saúde, 2014b. 120 p. : il. – (Cuidado farmacêutico na atenção básica ; caderno 3). ISBN 978-85-334-2199-8

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica Insumos Estratégicos. **Resultados do projeto de implantação do cuidado farmacêutico no Município de**

**Curitiba** / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 100 p. : il. – (Cuidado farmacêutico na atenção básica; caderno 4). ISBN 978-85-334-2240-7

BRASIL. Ministério da Saúde. **Seminário da pesquisa nacional sobre acesso e promoção do uso racional de medicamentos** (PNAUM). Brasília, DF, 9 dez. 2015b. (Folder). Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/pnaum/projeto-1/arquivos/pnaum-primeiros-resultados>>. Acesso em: 6 jul. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.214, de 13 de junho de 2012. Institui o Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (QUALIFAR-SUS). **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília/DF, 14 jun. 2012b. Seção 1, p. 19. Disponível em: <[bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1214\\_13\\_06\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1214_13_06_2012.html)>. Acesso em: 14 10. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Portaria SAS/MS N°863/2002. Aprova o **Protocolo clínico e Diretrizes Terapêuticas**. Brasília, 2010. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos\\_clinicos\\_diretrizes\\_terapeuticas\\_v1.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_clinicos_diretrizes_terapeuticas_v1.pdf)> Acesso em 30.03.2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Relatório do 1º Seminário Internacional para Implementação da Atenção Farmacêutica no SUS** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2009. 114 p. – (Série C. Projetos, Programas e Relatórios)

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Resolução no 338, de 6 de maio de 2004**. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Portaria no 3.916/GM, de 30 de outubro de 1998**. Aprova a Política Nacional de Medicamentos, cuja íntegra consta do anexo desta Portaria. Brasília, 1998.

BRUNIE, Vanida; ROUPRÊT-SERZEC, Julie; RIEUTORD, André. Le rôle du pharmacien dans l'éducation thérapeutique du patient. **J Pharm Clin**. avril-mai-juin 2010; 29 (2) : 90-2.

BULAJEVA, A; LABBERTON, L; LEIKOLA, S; POHJANOKSA-MÄNTYLÄ, M; GEURTS, M.M.E; GIER J.J. de., AIRAKSINEN, M. Medication review practices in European countries. **Research in Social and Administrative Pharmacy**. 2014. v10. p 731–740.

CASTRO, M. S.; CORRER, C. J. Pharmaceutical care in community pharmacies: practice and research in Brazil. **The Annals of Pharmacotherapy**, Cincinnati, v. 41, n. 9, p. 1486-1493, 2007.

CHARPIAT B, et al. Identification des lacunes de connaissances des étudiants en filière officine débutant le stage de 5e année : propositions pour modifier le contenu de l'enseignement. **Ann Pharm Fr** . Volume 74, Issue 5, September 2016, Pages 404–412.

Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.pharma.2016.01.001>. Disponível em: [http://ac.els-cdn.com/S0003450916000171/1-s2.0-S0003450916000171-main.pdf?\\_tid=5cdb8876-5e96-11e6-a91e-00000aab0f02&acdnat=1470791237\\_958ff23da9001e55f779e0fc9cf51e34](http://ac.els-cdn.com/S0003450916000171/1-s2.0-S0003450916000171-main.pdf?_tid=5cdb8876-5e96-11e6-a91e-00000aab0f02&acdnat=1470791237_958ff23da9001e55f779e0fc9cf51e34)> Acesso em: 09/08/2016.

CIPOLLE, R.; MORLEY, P.; STRAND, L. The philosophy of pharmaceutical care. In: CIPOLLE, R.; MORLEY, P.; STRAND, L. **Pharmaceutical Care Practice**. Minnesota: McGraw-Hill, 1998. p. 17-19.

CIPOLLE, C.L; CIPOLLE, R.J; STRAND, L.M. Consistent standards in medication use: the need to care for patients from research to practice. **J Am Pharm Assoc**. 2006 Mar-Apr;46(2):205-12.

CIPOLLE, R. J., L. M. STRAND, MORLEY, P. **Pharmaceutical Care Practice: The Clinician's Guide**. New York. 2004.

CIPOLLE, R.J; STRAND, L.M; MORLEY, P.C. **Pharmaceutical Care Practice: The patient-centered approach to medication management**. 3rd. ed. New York: McGraw-Hill; 2012.

CMS: **Medicare Part D MTM Programs**, Fact Sheet, June 2011, and 2012 Plan MTM Program Eligibility Information, Sept. 2011, Disponível em:<http://www.cms.gov/Medicare/Prescription-Drug-Coverage/PrescriptionDrugCovContra/MTM.html> Acesso em 06 ago. 2016.

CONILL, Eleonor Minho. A recente reforma dos serviços de saúde na província do Québec, Canadá: as fronteiras da preservação de um sistema público. **Cad. Saúde Pública** [online]. 2000, vol.16, n.4 [cited 2014-03-23], pp. 963-971 . Available from: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2000000400015&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2000000400015&lng=en&nrm=iso)>. ISSN 0102-311X. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2000000400015>

COMBES, Ian et al. Advancing Pharmacy Practice in Austrália: The Importance of National and global partnerships. **Journal of Pharmacy Practice and Research**. 2012; Volume 42, Issue 4, pages 261–263, December 2012. Disponível em:<[file:///C:/Users/patisodre/Downloads/Coombes\\_et\\_al-2012-Journal\\_of\\_Pharmacy\\_Practice\\_and\\_Research%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/patisodre/Downloads/Coombes_et_al-2012-Journal_of_Pharmacy_Practice_and_Research%20(1).pdf)> Acesso em 24 jul. 2016.

CORRER, Cassiano C; OTUKI, Michel F. Atenção farmacêutica e prestação de serviços farmacêuticos clínicos. In: CORRER, Cassiano C; OTUKI, Michel F (orgs). **A prática farmacêutica na farmácia comunitária**. Porto Alegre. Artmed, 2013. 440 p. ISBN 978-85-65852-82-1.

CORRER, Cassiano Januário et al . Effect of a Pharmaceutical Care Program on quality of life and satisfaction with pharmacy services in patients with type 2 diabetes mellitus. **Braz. J. Pharm. Sci.**, São Paulo , v. 45, n. 4, p. 809-817, Dec. 2009 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1984-82502009000400027&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-82502009000400027&lng=en&nrm=iso)>. access on 02 Nov. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S1984-82502009000400027>

COMITÉ DE CONSENSO: Grupo De Investigación En Atención Farmacéutica - Universidad De Granada (España). Grupo De Investigación En Farmacología - Universidad De Granada (España). Fundación Pharmaceutical Care España. Sociedad Española De Farmacia Comunitaria. Tercer Consenso de Granada sobre Problemas

- Relacionados con Medicamentos (PRM) y Resultados Negativos asociados a la Medicación (RNM). **Ars Pharm.** 2007; 48 (1): 5-17.
- Department of Health. The Pharmaceutical Services (Advanced and Enhanced Services) (England) Directions 2011. London: Department of Health. 2011. Disponível em: <http://www.dh.gov.uk> Acesso em: 24 jul. 2016.
- DUPIM, José Augusto Alves. **Assistência Farmacêutica**: um modelo de organização. SEGRAC. Belo Horizonte. 1999.
- EICKHOFF, C; M. SCHULZ. Pharmaceutical care in community pharmacies: practice and research in Germany. **Ann Pharmacother.** 2006. V 40(4): 729-735.
- ESPAÑA. Ministério de Sanidad y Consumo. **Consenso sobre Atención Farmacéutica**. Madrid: Ministério de Sanidad y Consumo; 2001.
- FLEURY, Sonia; OOVERNEY, Assis M. Política de Saúde; Uma Política Social. In: GIOVANELLA, I; ESCOREL, S; LOBATO, L. V. C; NORONHA, J. C; CARVALHO, A. I. (ORG's). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro - R. J. Fiocruz, 2008. p. 23 – 64.
- GADELHA, Carlos Augusto Grabois. Complexo Industrial da Saúde: desafios para uma política de inovação e desenvolvimento. In: GUIMARÃES, R. e ANGULO-TUESTA, Antônia. **Saúde no Brasil - Contribuições para a Agenda de Prioridades de Pesquisa/Ministério da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- GASTELURRUTIA, MA; GARCÍA-CÁRDENAS, Victoria. Remuneración del seguimiento farmacoterapêutico. In: Remuneración de los servicios profesionales farmacêuticos. **Pharm Care Esp.** 2015; 17(5): 466-472.
- GIOVANNI, G. **A questão dos remédios no Brasil**: Produção e consumo. São Paulo: Polis, 1980.
- GUIGNARD, E; O. BUGNON. Pharmaceutical care in community pharmacies: practice and research in Switzerland. **Ann Pharmacother.** 2006. V 40(3): 512-517.
- HEPLER, C.D., STRAND, L.M. Opportunities and Responsibilities in Pharmaceutical Care. **Am J Hosp Pharm.** 1990 Mar; 47: 533-43.
- HERBORG, H; E. W. SORENSEN, FRØKJAER, B. Pharmaceutical care in community pharmacies: practice and research in Denmark. **Ann Pharmacother** 2007. 41(4): 681-689.
- ISETTS, B. J. et al. Clinical and economic outcomes of medication therapy management services: The Minnesota experience. **Journal of the American Pharmacists Association.** 2008. 48(2): 203-U204.
- ISETTS, B. J. Pharmaceutical Care, MTM, & Payment: The Past, Present, & Future. **Annals of Pharmacotherapy.** 2012. 46(4): S47-S56.
- ISETTS, B. J. et al. Managing Drug-related Morbidity and Mortality in the Patient-centered Medical Home. **Medical Care.** 2012. 50(11): 997-1001.
- ISETTS B. J; BUFFINGTON D. E; CARTER, B. L; SMITH, M; POLGREEN, L. A; JAMES, P. A. Evaluation of Pharmacists' Work in a Physician-Pharmacist

- Collaborative Model for the Management of Hypertension. **Pharmacotherapy**. 2016 Apr;36(4):374-84. doi: 10.1002/phar.1727. Epub 2016 Mar 18.
- ISETTS, Brian J. Medication Therapy Management Services. In: FULDA, Thomas R., LYLES, Alan, WERTHMEIMER, Albert I. **Pharmaceutical Public Policy**. CRC Press. Flórida. Taylor e Francis Group. 2016. ISBN 13:978-1-49874851-3
- JÓDAR-SÁNCHEZ, F; MALET-LARREA, A; MARTÍN, JJ; GARCÍA-MOCHÓN, L; PUERTO, M; MARTÍNEZ-MARTÍNEZ, F; GASTELURRUTIA, MA; GARCÍA-CÁRDENAS, V; SABATER-HERNÁNDEZ, D; SÁEZ-BENITO, L; BENRIMOJ, SI. Cost-Utility Analysis of a Medication Review with Follow-up Service for Older Adults with Polypharmacy in Community Pharmacies in Spain: The conSIGUE Program. **Pharmaco Economics**. 2015; DOI 10.1007/s40273-015-0270-2
- JOHNSON, J. A; BOOTMAN, J. L. Drug-Related Morbidity and Mortality - a Cost-of-Illness Model. **Archives of Internal Medicine**. 1995. 155(18): 1949-1956.
- LEITE, Silvana Nair; VIEIRA, Mônica; VEBER, Ana Paula. Estudos de utilização de medicamentos: uma síntese de artigos publicados no Brasil e América Latina. **Ciência & Saúde Coletiva**, 13(Sup):793-802, 2008.
- LIMA-DELLAMORA, Elisângela da Costa; CAETANO, Rosângela; OSORIO-DE-CASTRO, Claudia Garcia Serpa. Dispensação de medicamentos do componente especializado em polos no Estado do Rio de Janeiro. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro , v. 17, n. 9, p. 2387-2396, Sept. 2012 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232012000900019&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000900019&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 24 Sept. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000900019>.
- MACHUCA M. Atención farmacéutica, universidad y sistema sanitario. **Pharm Care Esp**. 2015; 17(6): 769-771
- MOLES, Rebekah J; STEHLIK, Paulina. Pharmacy Practice in Australia. . **Can J Hosp Pharm**. 2015;68(5):417. Disponível em:< <http://www.cjhp-online.ca/index.php/cjhp/article/view/1492/2222>> Acesso em: 24 de julho de 2016).
- NASCIMENTO, Yone de Almeida; CARVALHO, Wânia da Silva; ACURCIO, Francisco de Assis. Drug-related problems observed in a pharmaceutical care service, Belo Horizonte, Brazil. **Braz. J. Pharm. Sci.**, São Paulo , v. 45, n. 2, p. 321-330, June 2009 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1984-82502009000200018&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-82502009000200018&lng=en&nrm=iso)>. access on 02 Nov. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S1984-82502009000200018>.
- National Medicines Policy. Australian Government Department of Health and Ageing. 2000. Canberra: Commonwealth of Australia; 1999. Disponível em: <[http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/B2FFBF72029EEAC8CA257BF0001BAF3F/\\$File/NMP2000.pdf](http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/B2FFBF72029EEAC8CA257BF0001BAF3F/$File/NMP2000.pdf)> acesso: 24 jul. 2016.
- NOAIN, MA; GASTELURRUTIA, MA; MARTÍNEZ-MARTÍNEZ, F; BENRIMOJ, SI. Identificación de los costes de la provisión sostenible del servicio de Seguimiento Farmacoterapéutico. **Pharm Care Esp**. 2014; 16(5): 180 -192.

NOAIN, MA; GASTELURRUTIA, MA; MARTÍNEZ-MARTÍNEZ, F; BENRIMOJ, SI. Modelos de remuneración del servicio de seguimiento farmacoterapéutico. **Pharm Care Esp.** 2015; 17(4):423-441.

OLIVER, Thomas R; LEE, Philip R; LIPTON, Helene L. A Political History of Medicare and Prescription Drug Coverage. **Milbank Q.** 2004 Jun; 82(2): 283–354. doi: 10.1111/j.0887-378X.2004.00311.x.

OPAS - Organização Panamericana da Saúde. **Atenção Farmacêutica no Brasil: trilhando caminhos - relatório 2001 – 2002** [Internet]. Brasília: Organização Panamericana da Saúde; 2002 [citado 2016 jul.]. Disponível em: <<http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/PropostaConsensoAtenfar.pdf>> Acesso em: 23/07/2016.

Ontário. Ministry of Health and Long-Term Care. **MedsCheck.** 2014. Disponível em: <[www.health.gov.on.ca/en/pro/programs/drugs/medscheck/medscheck\\_original.aspx](http://www.health.gov.on.ca/en/pro/programs/drugs/medscheck/medscheck_original.aspx)> Acesso em: 23 jul. 2016).

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. **Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica: Proposta.** Brasília, Organização Pan-americana De Saúde, 24 p, 2002.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE SALUD. **El papel del farmacéutico en la atención a la salud:** declaración de Tokio, Ginebra, 1993.

PAMMETT, Robert; JORGENSON, Derek. Eligibility requirements for community pharmacy medication review services in Canada. **Canadian Pharmacists Journal / Revue des Pharmaciens du Canada (C P J / R P C).** January/February 2 0 1 4 • V O L 1 4 7 , N O 1, p 20-24.

PAIM, Jairnilson Silva; TEIXEIRA, Carmen Fontes. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. **Rev. Saúde Pública,** São Paulo , v. 40, n. spe, p. 73-78, Aug. 2006 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102006000400011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102006000400011&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 03 Set. 2016.

PEREIRA, Leonardo Régis Leira and FREITAS, Osvaldo de. A evolução da Atenção Farmacêutica e a perspectiva para o Brasil. **Rev. Bras. Cienc. Farm.** [online]. 2008, vol.44, n.4 [cited 2014-03-31], pp. 601-612 . Available from: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-93322008000400006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-93322008000400006&lng=en&nrm=iso)>. ISSN 1516-9332. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-93322008000400006>.

PERRAUDIN C1, BRION F, BOURDON O, PELLETIER-FLEURY N. The future of pharmaceutical care in France: a survey of final-year pharmacy students' opinions. **BMC Clin Pharmacol.** 2011; May 25;11:6. doi: 10.1186/1472-6904-11-6.

Pharmaceutical Society of Australia. **Guidelines for pharmacists providing medicines use review and diabetes medication management services.** July 2012. Disponível em: < <https://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/fifth-community-pharmacy-agreement>>. Acesso em 23.03.2014.

Pharmaceutical Society of Australia. **Guidelines for pharmacists providing Home Medicines Review (HMR) services.** Oct 2011. Disponível em: <

<https://www.psa.org.au/download/practice-guidelines/home-medicines-review-services.pdf>>. Acesso em 02.08.2016.

Pharmaceutical Society of Australia. **Guidelines for pharmacists providing Residential Medication Management Review**. Oct 2011b. Disponível em: <<https://www.psa.org.au/download/practice-guidelines/home-medicines-review-services.pdf>>. Acesso em 02.08.2016.

Pharmaceutical Services Division Ministry of Health BC. **Medication Review Services: Policies And Procedures For Pharmacists**, Disponível em: <<http://www.health.gov.bc.ca/pharmacare/pdf/8-7to8-10.pdf>>Acesso: julho de 2016.

PEI Pharmacists Association. **PEI PharmaCheck program guide**. April 2013 Disponível em: < [www.peipharm.info/docs/Pharmacheckprogramguide2013.pdf](http://www.peipharm.info/docs/Pharmacheckprogramguide2013.pdf)> Acesso em: 23 jul. 2016.

PIGNARRE, Philippe. **O que é o medicamento?** Um objeto estranho entre ciência, mercado e sociedade. São Paulo. Trad. Paulo Neves. Ed 34. 152 pp. 1999.

PROVIN, Mércia Pandolfo et al . Atenção Farmacêutica em Goiânia: inserção do farmacêutico na Estratégia Saúde da Família. **Saude soc.**, São Paulo , v. 19, n. 3, p. 717-724, Sept. 2010 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902010000300022&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902010000300022&lng=en&nrm=iso)>. access on 02 Nov. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902010000300022>.

PSNC - Pharmaceutical Services Negotiating Committee. **Advanced Services** (MURs and the NMS), September 2014. . Disponível em: <<http://psnc.org.uk/our-news/new-medicine-service-to-continue-into-201415/>> Acesso em: 03 ago. 2016.

RAMALHO de OLIVEIRA, D. The reality of Pharmaceutical Care-based medication therapy management. Patients', pharmacists' and students' perspectives. Lambert Academic Publishing. In: RAMALHO DE OLIVEIRA, D. **Pharmaceutical Care uncovered: An ethnographic study of Pharmaceutical Care Practice** [dissertation]. Minneapolis (MN): University of Minnesota. 2003.

RAMALHO de OLIVEIRA, Djenane; VARELA, Nierka Dupotey. La investigación cualitativa en Farmacia: aplicación en la Atención Farmacéutica. **Rev. Bras. Cienc. Farm.** [online]. 2008, vol.44, n.4 [cited 2014-03-31], pp. 763-772 . Available from: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-93322008000400024&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-93322008000400024&lng=en&nrm=iso)>. ISSN 1516-9332. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-93322008000400024>.

RAMALHO DE OLIVEIRA. **Atenção Farmacêutica: Da filosofia ao gerenciamento da terapia medicamentosa**. São Paulo. Editora Racine. 2011. 328 p.

RAMALHO-DE OLIVEIRA, D., S. J. SHOEMAKER, EKSTRAND, M; ALVES MR. et al. Preventing and resolving drug therapy problems by understanding patients' medication experiences. **Journal of the American Pharmacists Association**. 2012. 52(1): 71-80.

RAMALHO DE OLIVEIRA, Djenane. Atenção Farmacêutica e serviços farmacêuticos. In: ACÚRCIO, Francisco de Assis. (Org.). **Medicamentos - Políticas, Assistência Farmacêutica, Farmacoepidemiologia e Farmacoeconomia**. 1ed.Belo Horizonte: COOPMED, 2013, v. 1, p. 1-320.



REIS, Adriano Max Moreira. **Atenção Farmacêutica e Promoção do Uso Racional de Medicamentos**. 2003. Disponível em:

<<http://www.ccs.uel.br/espacoparasaude/v4n2/doc/atencaofarmauso.htm>> Acesso em: 25/09/2011.

REIS, Wálteri Christini Torelli et al . Análise das intervenções de farmacêuticos clínicos em um hospital de ensino terciário do Brasil. **Einstein (São Paulo)**, São Paulo , v. 11, n. 2, p. 190-196, June 2013 . Available from

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-45082013000200010&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-45082013000200010&lng=en&nrm=iso)>. access on 02 Nov. 2016.  
<http://dx.doi.org/10.1590/S1679-45082013000200010>.

ROBINSON, J.D; SEGAL, R; LOPEZ, L. M; DOTY, R. E.Impact of a Pharmaceutical Care Intervention on Blood Pressure Control in a Chain Pharmacy Practice. **Annals of Pharmacotherapy** Ann Pharmacother. 2010 Jan;44(1):88-96. doi: 10.1345/aph.1L289. Epub 2009 Dec 29.

ROSENQUIST, A; BEST, B. M; MILLER, T.A; GILMER, T.P; HIRSCH, J. D. Medication therapy management services in community pharmacy: a pilot programme in HIV specialty pharmacies. **Journal of Evaluation in Clinical Practice**. 2010 Dec;16(6):1142-6. doi: 10.1111/j.1365-2753.2009.01283.x.

SERAFIM, Eliana Ometto Pavan et al . Qualidade dos medicamentos contendo dipirona encontrados nas residências de Araraquara e sua relação com a atenção farmacêutica. **Rev. Bras. Cienc. Farm.**, São Paulo , v. 43, n. 1, p. 127-135, mar. 2007 .

Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-93322007000100016&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-93322007000100016&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 02 nov. 2016.  
<http://dx.doi.org/10.1590/S1516-93322007000100016>.

SHOEMAKER, S. J; HASSOL, A.. Understanding the landscape of MTM programs for Medicare Part D: Results from a study for the Centers for Medicare & Medicaid Services. **Journal of the American Pharmacists Association**. 2011. 51(4): 520-526.

SINITOX – Sistema Nacional de Informações Tóxico – Farmacológicas. **Estatística anual de casos de intoxicação e envenenamento**: Brasil. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz/ Centro de Informação Científica e Tecnológica, 2013.

STRAND, L. M; M. J. M. CALERO. Evolution and current concept of pharmaceutical care. **Current Pharmaceutical Design**. 2004. 10(31): 3929-3930.

The Pharmaceutical Benefits Scheme: About the PBS. Canberra (Australia): Commonwealth of Australia, Department of Health; [cited 2015 Aug 29]. Disponível em: <<http://www.pbs.gov.au/pbs/home;jsessionid=unfspfbqdt2q1rv28qes0v2fm>> Acesso em: 24 jul. 2016.

The Manitoba Society of Pharmacists (MSP). **Manitoba Comprehensive Medication Review Toolkit**. 2014 Disponível em:  
[http://www.pharmacistsmb.ca/files/2014/05/Medication-Review-Guide\\_Print.pdf](http://www.pharmacistsmb.ca/files/2014/05/Medication-Review-Guide_Print.pdf)

The UK National Health Service Law. **Guidelines for pharmaceutical services**. 2013. Disponível em:  
<[http://www.dh.gov.uk/prod\\_consum\\_dh/groups/dh\\_digitalassets/documents/digitalasset/dh\\_130232.pdf](http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/documents/digitalasset/dh_130232.pdf)> Acesso em; 27 mar. 2014

TOMASSI, Mario Henrique; RIBEIRO, Eliane. Conhecimentos e atitudes de farmacêuticos em farmácias e drogarias do Butantã - São Paulo. **Rev. ciênc. farm. b sica apl**; 33(1)abr. 2012.p. 125-132. Disponível em: [http://serv-bib.fcfar.unesp.br/seer/index.php/Cien\\_Farm/article/viewFile/1746/1746](http://serv-bib.fcfar.unesp.br/seer/index.php/Cien_Farm/article/viewFile/1746/1746) Acesso em: 02 nov. 2016.

USA CONGRESS. **Medicare Prescription Drug, Improvement, and Modernization Act of 2003**, Pub. L. No. 108-173, 117 Stat. 2066 (codified in scattered sections of 42 U.S.C. and 26 U.S.C.).

USA CONGRESS. **Report to the Congress: The Medicare and The Health Care Delivery Sistem.** MEDPAC - Medicare Payment Advisory Comission. Washington DC. 2002.

WESTERLUND, L. T; H. T. Bjork. Pharmaceutical care in community pharmacies: practice and research in Sweden. **Ann Pharmacother.** 2006. 40(6): 1162-1169.

WELLS, Katharine M; THORNLEY, Tracey; BOYD, Matthew J. BOARDMAN, Helen F. Views and experiences of community pharmacists and superintendent pharmacists regarding the New Medicine Service in England prior to implementation. **Research in Social and Administrative Pharmacy.** 2014. 10: 58–71.

WELLS, Katharine M. **Evaluating the implementation of the New Medicine Service in England.** PhD thesis, University of Nottingham. 2014. Disponível em:< <http://eprints.nottingham.ac.uk/27942/1/Final%20Thesis%20for%20submission%20hardbound.pdf>> Acesso em: 24 jul 2016.

WINSLADE, N. E; STRAND, L. M. PERRIER DG. Practice functions necessary for the delivery of pharmaceutical care. **Pharmacotherapy.** 1996. V 16(5): 889-898.

WITRY, M. J. et al. Evaluation of the pharmaceutical case management program implemented in a private sector health plan. **Journal of the American Pharmacists Association.** 2011. 51(5): 631-635.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **How to investigate the use of medicines by consumers.** Geneva: WHO/University of Amsterdam; 2004.

YORDANOVA, S; PETKOVA, V. Pharmaceutical care in some european countries, Australia, Canada and USA. **World Journal Of Pharmacy And Pharmaceutical Sciences.** Volume 2, Issue 5, 2291-2308. Research Article ISSN 2278 – 4357.

## **ARTIGO II**

**Atividades farmacêuticas de natureza clínica na atenção básica no  
Brasil**

**Pharmaceutical care in the primary healthcare in brasil**

**Título resumido: atenção farmacêutica no brasil**

## **RESUMO**

**OBJETIVO:** Identificar e caracterizar as atividades de natureza clínica desenvolvidas pelos farmacêuticos nas unidades básicas de saúde do SUS e sua participação em atividades educativas e voltadas à promoção da saúde.

**METODOLOGIA:** Este artigo integra a Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Uso Racional de Medicamentos (PNAUM), estudo transversal, exploratório, de natureza avaliativa, composto por levantamento de informações numa amostra representativa de municípios, estratificada pelas regiões do Brasil que constituem domínios do estudo, e sub-amostra de serviços de atenção básica. Neste artigo, foram selecionados apenas os farmacêuticos entre os entrevistados responsáveis pela entrega de medicamentos. A caracterização das atividades de natureza clínica baseou-se em informações dos farmacêuticos que declararam realizá-las, e a participação em atividades educativas e voltadas à promoção da saúde, em informações de todos os farmacêuticos. Os dados foram processados no software SPSS® versão 21.

**RESULTADOS:** Apenas 21,3% dos entrevistados afirmaram realizar atividades de natureza clínica. Destes, mais de 80% as consideram muito importante; a maioria não dispõe de local específico para realizá-las, prejudicando a privacidade e confidencialidade nessas atividades. As principais denominações foram orientação farmacêutica e atenção farmacêutica. Faz-se o registro das atividades principalmente em prontuário do usuário, sistema informatizado e documento próprio arquivado na farmácia que pode dificultar a circulação das informações entre os profissionais. A maioria realiza as atividades principalmente em conjunto com médicos e enfermeiros; 24,7% participam raramente de reuniões com a equipe de saúde e 19,7% nunca participou.

**CONCLUSÕES:** As atividades de natureza clínica, embora incipientes, ocorrem no Brasil. As dificuldades encontradas apontam improvisação e esforço dos que pretendem realizá-las. A pequena participação dos farmacêuticos em atividades educativas e relacionadas à promoção da saúde indica pouca integração deste profissional na equipe de saúde e da assistência farmacêutica nas demais ações de saúde.

**DESCRITORES:** Atenção Farmacêutica, Cuidados Farmacêuticos, Assistência Farmacêutica, políticas farmacêuticas, Atenção Básica.

## **ABSTRACT**

**AIM:** To identify and characterize the pharmaceutical care carried out by pharmacists in the primary health care and their participation in educational and health promotion activities.

**METHODOLOGY:** This article forms part of National Research on Access, Use and Promoting the Rational Use of Drugs (PNAUM), cross-sectional study, exploratory, with evaluative nature, consisting of collecting information on a representative sample of municipalities, stratified by regions of Brazil that are areas of study, and primary care services sub-sample. In this article, we selected only pharmacists amongst respondents responsible for drug delivery. To characterize the pharmaceutical care, we considered only the information given by pharmacists that declared to perform it and so when considering participation in educational activities and health promotion, was considered information given by all pharmacists. Data were analyzed using SPSS® version 21.

**RESULTS:** Only 21.3% of respondents reported performing pharmaceutical care. Of these, more than 80% rated that as very important; most do not have specific location to perform that, lacking privacy and confidentiality in these activities. The main denominations were pharmaceutical orientation and pharmaceutical care. Pharmaceutical care documentation was mainly done through medical records of the user, computer system and documents restricted to the pharmacy staff, which can hinder the flow of information among other professionals. Most performs activities especially with doctors and nurses; 24.7% rarely participate in meetings with the health team and 19.7% has never participated.

**CONCLUSIONS:** The pharmaceutical care, although incipient, occur in Brazil. The difficulties encountered points to improvisation and effort of those who intend to perform this. The small participation of pharmacists in educational and health promotion-related activities indicated little integration of professional health staff and pharmaceutical Services in other health actions.

**KEYWORDS:** Pharmaceutical care, Pharmaceutical Services, Pharmaceutical Public Services, Pharmaceutical Policies, Primary Health Care.

## **INTRODUÇÃO**

A morbimortalidade relacionada a medicamentos tem sido apontada como importante problema de saúde pública no mundo.<sup>5,13,15</sup> No Brasil, estudos tem mostrado o impacto sobre a sociedade e sobre o SUS.<sup>2,23</sup> Entre os problemas associados ao uso de medicamentos destacam-se os referentes à indicação, efetividade, segurança e adesão. Estes problemas produzem morbidade e mortalidade relacionadas a essas tecnologias que resultam em elevado impacto social, no âmbito clínico, humanístico e econômico. Os principais fatores de risco associados à ocorrência desses problemas incluem idade, presença de comorbidades e polifarmacoterapia.<sup>9,13,23</sup> Prevenir e minimizar este impacto requerem ações que interfiram no processo de uso de medicamentos pelos usuários, por meio do gerenciamento da terapia medicamentosa,<sup>5,15</sup> desafios importante da agenda atual da assistência farmacêutica no Brasil.

Em vários países<sup>4,6,8,19,21,25</sup> a atenção farmacêutica tem sido assumida enquanto política estratégica para a redução do impacto da morbimortalidade relacionada ao uso de medicamentos.<sup>5,10,15</sup> No Brasil, integra a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF). No entanto, os trabalhos de pesquisas sobre essa temática são escassos, até mesmo em trabalhos que abordam políticas farmacêuticas que prescrevem estas práticas em seus dispositivos, a exemplo do componente especializado da assistência farmacêutica. Os trabalhos que estudam como tais atividades acontecem no SUS e seus resultados são também incipientes.

A temática da atenção farmacêutica encontra algumas dificuldades, principalmente no que concerne à compreensão do seu significado. Em todo o mundo, a definição adotada por Strand e Hepler<sup>9</sup> (1990) é considerada como um marco consensual, mas no Brasil, o que se denomina como atenção farmacêutica assume significados distintos no que denominaríamos de ‘mundo da ciência’ e o como as políticas no âmbito da Assistência Farmacêutica a compreendem. As diferenças operam no plano epistemológico e se reproduzem na prática.

As denominações serviços cognitivos farmacêuticos, consulta farmacêutica, orientação farmacêutica, educação do paciente, farmácia clínica e atenção

farmacêutica/seguimento farmacoterapêutico/gerenciamento da terapia medicamentosa, têm sido amplamente utilizadas entre os farmacêuticos para designar serviços de caráter clínico. Em diversos países, a denominação adotada para atividades de natureza clínica, a forma como executam e os aspectos organizativos, traduzem (ou não) os elementos que revelam o embasamento filosófico, o *modus operandi* e os aspectos gerenciais dessas atividades de natureza clínica.<sup>15,16</sup>

Para além do “quadro nebuloso”<sup>15</sup> que envolve aquilo que se denomina atenção farmacêutica, neste estudo compreende-se por ‘atividade farmacêutica de natureza clínica’ toda atividade realizada diretamente com o usuário e que tenha a finalidade de atender as necessidades dos pacientes relacionadas ao uso de medicamentos e que expressem elementos filosóficos. Conforme Cipolle et al.<sup>5</sup> (p. 73) “A filosofia da atenção farmacêutica inclui diversos elementos. Começa com a afirmação de uma necessidade social; continua com um enfoque centrado no paciente para satisfazer esta necessidade; tem como elemento central o cuidado a outra pessoa mediante o desenvolvimento e manutenção de uma relação terapêutica, e finaliza com uma descrição das responsabilidades concretas do profissional”. Ademais, um processo de cuidado formal, ou seja, o *modus operandi* do cuidado e aspectos gerenciais.

Considerando que, no Brasil, existem políticas farmacêuticas específicas que atribuem ao farmacêutico o exercício das atividades de natureza clínica – denominada na PNAF de atenção farmacêutica – e que há lacunas quanto às informações sobre a realização ou não dessas atividades na Atenção Básica no SUS, o presente estudo tem como objetivo identificar e caracterizar as atividades de natureza clínica desenvolvidas pelos farmacêuticos nas unidades básicas de saúde do SUS e a participação destes profissionais em atividades educativas e voltadas à promoção da saúde.

## **METODOLOGIA**

Este estudo integra a Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Uso Racional de Medicamentos (PNAUM) – componente serviços, cujo objetivo foi caracterizar a organização dos serviços de assistência farmacêutica na atenção primária à saúde no SUS, com vistas ao acesso e à promoção do uso racional de medicamentos, bem

como identificar e discutir os fatores que interferem na consolidação da assistência farmacêutica no âmbito municipal.

Trata-se de um estudo transversal, exploratório, de natureza avaliativa, composto por um levantamento de informações numa amostra de serviços de atenção básica, em municípios representativos das regiões do Brasil. Várias populações de estudo foram consideradas no plano de amostragem, com amostras estratificadas pelas regiões, que constituem domínios do estudo. Foram realizadas entrevistas presenciais com usuários, médicos e responsáveis pela entrega dos medicamentos nos serviços de atenção básica do SUS, além de observação dos serviços farmacêuticos e entrevistas telefônicas com os responsáveis pela AF e os secretários de saúde dos municípios selecionados. A metodologia da PNAUM, bem como o processo amostral estão descritos detalhadamente em Alvares et al. (2016).

No presente artigo, foram selecionados apenas os farmacêuticos (FARM) entre os responsáveis pela entrega de medicamentos. Trata-se de um estudo descritivo, de natureza exploratória que, a partir de variáveis selecionadas, busca caracterizar as atividades de natureza clínica realizadas pelos farmacêuticos nas unidades de atenção básica selecionadas nos municípios, e se os farmacêuticos participam de atividades preventivas e voltadas à promoção da saúde.

A caracterização das atividades farmacêuticas de natureza clínica ocorreu a partir dos farmacêuticos que informaram realizar essa atividade em resposta à seguinte questão: O (A) Sr (a) realiza alguma atividade que tenha caráter clínico? A partir da afirmativa a essa pergunta buscou-se identificar as denominações e a importância atribuída pelos farmacêuticos que declararam realizar a atividade; entre os demais, os motivos para a não realização.

A relação das denominações das atividades de natureza clínica incluídas no roteiro de entrevistas considerou aquelas de maior frequência de uso nas publicações da revisão de literatura: atenção farmacêutica, seguimento farmacoterapêutico, farmácia clínica, consulta farmacêutica, orientação farmacêutica, cuidado farmacêutico. Também constou do roteiro um campo para 'outras denominações', cujos resultados tiveram pequena frequência e não foi objeto de análise nesse artigo. Ademais foram incluídas perguntas visando configurar a presença de elementos filosóficos<sup>5,15</sup> da referida atividade e do processo de cuidado prestado ao usuário;



além disso, elementos de um sistema de gestão com recursos materiais e humanos organizados, necessários à realização das atividades.

Considerando as diferentes concepções de atividades de natureza clínica<sup>1,5,15</sup>, esse estudo também procurou observar, entre todos os farmacêuticos responsáveis pela entrega de medicamentos, a sua participação em atividades educativas/de promoção da saúde, por se configurarem atividades de natureza diversa da dispensação ou das funções gerenciais próprias das atividades farmacêuticas.

Os dados foram analisados utilizando o software SPSS<sup>®</sup> versão 21. As análises levaram em conta os pesos amostrais e a estrutura do plano de análise para amostras complexas. Foi realizada uma análise descritiva das variáveis utilizadas no estudo, apresentadas segundo as regiões do Brasil com intervalo de confiança de 95%.

A PNAUM foi aprovada pelo Comitê Nacional de Ética em Pesquisa, mediante Parecer nº 398.131/2013 e os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Foram entrevistados 1139 responsáveis pela entrega de medicamentos, entre os quais 285 eram farmacêuticos (32,7%), 106 auxiliares de farmácia (10,6%), 141 enfermeiros (11,5%), 115 auxiliares de enfermagem (8,3%) e 492 informaram outras profissões e/ou ocupações (37%). Do total de farmacêuticos entrevistados, 79 (21,4%) afirmaram realizar atividades de natureza clínica.

Tabela 1:

Entre os 285 farmacêuticos entrevistados, mais de 3/4 encontravam-se na faixa etária de 30 a 59 anos. Predominou o sexo feminino, exceto na região Centro-Oeste e a escolaridade em nível de pós-graduação *latu sensu*, cujo maior percentual foi alcançado pela região Nordeste, onde não foram encontrados mestres nem doutores.

Tabela 2:

Observa-se na tabela 2, que do total de farmacêuticos entrevistados apenas um pouco mais de 1/5 afirma realizar alguma atividade de natureza clínica, o maior percentual encontra-se na Região Nordeste e o menor na Região Sul.

Os principais motivos alegados pelos farmacêuticos para não realizar tais atividades foram: nunca ter sido solicitada, não dispor de espaço físico e de tempo. Outros motivos citados incluem a ausência de formação específica, a falta de incentivo pelo município, a ausência de estrutura física, pessoal insuficiente na farmácia etc.

As principais denominações atribuídas a essas atividades foram orientação farmacêutica e atenção farmacêutica, predominantes nas regiões Nordeste e Sul e Norte e Sudeste, respectivamente. Na Região Centro-Oeste foi mais frequente a denominação consulta farmacêutica; a denominação cuidado farmacêutico foi observada apenas no Sudeste, enquanto farmácia clínica, apenas nas regiões Sul e Sudeste. Entretanto, não foi possível investigar os fatores explicativos dessas diferenças.

Buscou-se identificar quais outras funções os farmacêuticos desempenhavam concomitantemente com as atividades de natureza clínica. As mais frequentes foram: dispensação de medicamentos (93,6%), responsabilidade técnica pela farmácia (90,5%), supervisão de outros funcionários da farmácia (74,5%), atividades com a equipe de saúde (61,2%).

Chama a atenção que no Nordeste 100% dos farmacêuticos que afirmaram realizar atividades de natureza clínica referiram também realizar a dispensação de medicamentos. Dado que a dispensação abrange a orientação aos usuários, é possível que entre estes farmacêuticos exista um entendimento de que as atividades de natureza clínica que realizam sejam principalmente a dispensação, pois a denominação mais frequentemente atribuída àquelas atividades foi exatamente orientação farmacêutica.

Diferentemente das demais regiões, no Centro-Oeste a dispensação foi uma função referida apenas por 32,9% dos farmacêuticos que afirmaram executar atividades de natureza clínica. Posto que nesta região a denominação mais frequentemente atribuída às atividades de natureza clínica foi consulta farmacêutica

é possível que haja entre os farmacêuticos dessa região um entendimento mais claro da natureza dessas atividades e da dispensação.

Em diversos países, um aspecto importante das atividades de natureza clínica diz respeito à organização de serviços com tal finalidade e o caráter de dedicação exclusiva por parte de quem executa estas atividades. Os farmacêuticos que se envolvem nestes serviços não são autorizados pelos sistemas de saúde e/ou pelos órgãos de classe para desempenhar outras atividades, visando prevenir conflitos de interesse, como também para otimizar o trabalho que realizam.<sup>11,19,22</sup>

Quando perguntado aos farmacêuticos que realizam atividade de natureza clínica sobre a importância que atribuem a tais atividades, a maioria considerou muito importante (85,5%) ou importante (14,2%).

Tabela 3:

Conforme a tabela 3, as condições e os modos de realização das atividades farmacêuticas de natureza clínica variam entre as regiões. A maioria dos farmacêuticos afirmou realizar tais atividades principalmente em conjunto com médicos e enfermeiros. Entre o total de farmacêuticos entrevistados no estudo, ¼ deles afirmou raramente participar de reuniões com a equipe de saúde e 1/5 nunca participou. A participação dos distintos profissionais de saúde - entre os quais o farmacêutico - em reuniões clínicas costuma ser indicativo de um reconhecimento, pela equipe de saúde, do lugar de cada um no cuidado aos usuários. Em diversos modelos de prática farmacêutica clínica ocorre a interação com outros profissionais da equipe de saúde e é recomendada.<sup>5,10,16</sup>

A filosofia da prática farmacêutica de natureza clínica<sup>1,5,15</sup> reforça a necessidade dessa interação, por se entender também que isto contribui para assegurar a integralidade do cuidado. A interação entre os profissionais é essencial para que a totalidade dos recursos e competências necessárias estejam disponíveis para a solução dos problemas de saúde da população; ademais, porque o cuidado se fundamenta também em diferentes processos de decisão interdisciplinares e na complementariedade dos saberes para promover o cuidado o mais adequado possível às pessoas.<sup>5</sup>

Atividades de natureza clínica em geral requerem recursos mínimos para sua realização: condições que assegurem privacidade na relação terapêutica farmacêutico/paciente, critérios para oferta do serviço, documentação e treinamento, entre outros.<sup>5,11,14,19,22</sup>

Neste estudo, a maioria dos farmacêuticos que afirmaram realizar atividades de natureza clínica, também declarou não dispor de um local específico para realizá-las, condição essencial à preservação da privacidade e confidencialidade nas atividades com o usuário. A privacidade pode ser definida como a vontade pessoal de manter em segredo fatos intimamente ligados à pessoa e o sigilo das informações assegura a confidencialidade. A garantia da privacidade e da confidencialidade contribui para que a relação terapêutica seja mais interativa e resolutiva.<sup>5,15</sup>

O estudo identificou que, no Brasil, o registro das atividades de natureza clínica é feito principalmente no prontuário do usuário, em sistema informatizado e em documento próprio arquivado na farmácia, nesta ordem. Os maiores percentuais de registro dessas atividades foram encontrados na Região Sudeste e os menores no Nordeste. O registro próprio da farmácia pode dificultar a circulação das informações entre os profissionais envolvidos com o cuidado ao usuário; já a ausência de registro indica baixo grau de institucionalização dessas atividades de acordo com as premissas filosóficas requeridas para uma prática relacionada ao cuidado para atender necessidades farmacoterapêuticas dos usuários dos serviços de saúde.<sup>5,15</sup>

O registro das intervenções farmacêuticas e a troca de informações entre os profissionais da equipe de saúde podem contribuir para a promoção do uso seguro e racional de medicamentos. O registro das atividades farmacêuticas de natureza clínica sistematiza o acompanhamento da terapia medicamentosa utilizada pelos usuários e possibilita avaliar a necessidade, a segurança e a efetividade da utilização de medicamentos, o que proporciona resultados mais favoráveis durante a farmacoterapia.<sup>5,17</sup>

No Brasil, aproximadamente a metade dos entrevistados informou que as atividades farmacêuticas de natureza clínica são ofertadas a todos os usuários da unidade de saúde; esta foi a resposta mais frequente na região Ne. Na CO essas atividades são oferecidas com mais frequência apenas aos usuários que solicitam.

Conforme a literatura, os critérios mais utilizados levam em consideração os pacientes com maior risco de experimentar problemas farmacoterapêuticos e que possuam condições clínicas crônicas; essa estratégia direciona recursos e esforços no sentido de atender grupos nos quais o impacto das intervenções farmacêuticas são maiores.<sup>5,11,22,25</sup>

No referente a treinamento para a realização dessas atividades, mais da metade dos farmacêuticos entrevistados informou que recebeu algum treinamento. Em diversos países a qualificação e o treinamento para qualquer atividade farmacêutica de natureza clínica são requisitos; tanto treinamentos iniciais quanto periódicos, tendo em vista a singularidade de competências e habilidades requeridas.<sup>4,5,11,21,25</sup>

#### Tabela 4

Conforme a tabela 4, o fornecimento de informações pelos farmacêuticos sobre o uso e o armazenamento de medicamentos em casa, no momento da entrega, varia entre as regiões. A região Centro-Oeste se destaca em fornecer essas informações, enquanto o Nordeste se coloca com os menores percentuais. A expressiva maioria dos farmacêuticos, no Brasil, afirma fornecer informações sobre o uso e pouco mais da metade fornece informações sobre o armazenamento em casa. Desse modo o fornecimento de informações sobre o uso sobrepasa a informação sobre o armazenamento do medicamento em casa, o que pode indicar que os farmacêuticos desconsideram a falta de informação dos usuários sobre os cuidados necessários à preservação da qualidade do medicamento.

A dispensação requer que o farmacêutico informe, oriente e eduque sobre o uso de medicamentos. Tal atividade, própria deste profissional – e fundamental para o uso adequado dessa tecnologia – não implica, necessariamente, que o farmacêutico dispensador deva assumir a responsabilidade pelos resultados da farmacoterapia do paciente, o que é requerido daqueles que realizam a atenção farmacêutica.<sup>1,5,10,14,15,19</sup>

No caso brasileiro, a escolha por uma definição de atenção farmacêutica que inclui as atividades de dispensação, orientação e educação em saúde pode dificultar o entendimento do que caracterizaria o que é próprio ou inovador nas atividades de natureza clínica.<sup>10,15,16,18</sup>

#### Tabela 5:

A tabela 5 demonstra que, no Brasil, apenas cerca de 1/3 dos entrevistados informaram participar de outras atividades realizadas na unidade de saúde. Em geral, a participação dos farmacêuticos nessas atividades varia entre as regiões. A CO expressou os menores percentuais de participação, contudo, se destaca na realização dessas atividades exceto no tocante à prevenção e controle da obesidade. O Ne é a região que menos se envolve em atividades de planejamento familiar e não se observou participação dos farmacêuticos em programas de atividade física.

Chama a atenção que as atividades de prevenção e controle de obesidade e aquelas de incentivo a atividades físicas são as de menor participação dos farmacêuticos, exatamente as que menos requerem o uso de medicamentos por serem mais relacionadas ao estilo de vida.

No Brasil, observa-se uma participação relevante dos farmacêuticos em atividades que envolvem outros setores e a própria comunidade, exceto na região Ne; tais atividades poderiam se aproximar da promoção da saúde.

Na perspectiva da promoção do uso racional de medicamentos, estratégias que impactam na redução da morbimortalidade relacionada a essas tecnologias podem ser de natureza clínica e podem incluir também ações educativas de abrangência coletiva; no entanto, estas ações não se confundem com as atividades farmacêuticas de natureza clínica em experiências observadas em outros países.<sup>1,15,16</sup>

## **CONCLUSÕES**

As atividades de natureza clínica, embora ainda incipientes, ocorrem no Brasil, em proporções desiguais em todas as regiões. Foi possível identificar dificuldades para a realização dessas atividades, conforme os farmacêuticos entrevistados. Os motivos, em geral, remetem a problemas estruturais e ou excesso de atividades sob responsabilidade do farmacêutico; esses mesmos problemas também foram relatados por aqueles que informaram realizar atividades de natureza clínica, desempenhadas concomitantemente com outras funções.

As denominações conferidas às atividades de natureza clínica revelaram que as expressões orientação e atenção farmacêutica são as que apresentaram maior frequência entre os farmacêuticos que realizam tais atividades. No entanto, para além da problemática da denominação, identificou-se também, entre os

entrevistados, um entendimento de que as atividades que realizam na dispensação corresponderiam às atividades farmacêuticas de natureza clínica. Isso pode estar relacionado à insuficiente discussão conceitual e filosófica que tem ocorrido no país sobre a atenção farmacêutica e as próprias disputas do campo científico.<sup>1,16,18,20,24</sup>

A incipiente institucionalização das atividades farmacêuticas de natureza clínica na atenção básica no SUS, associada a deficiências dos serviços relativas à própria implementação da Política de Assistência Farmacêutica<sup>3</sup> ainda limitada no conjunto de suas diretrizes, podem explicar o pouco desenvolvimento dessas atividades; e embora a maioria dos farmacêuticos as reconheçam como importantes somente uma pequena parcela deles as realizam atualmente.

O estudo mostrou um conjunto de dificuldades quanto aos recursos necessários para essas atividades, o que indica certa improvisação que demanda um esforço dos profissionais que pretendem realizar atividades de natureza clínica, além de não contarem com critérios que permitam racionalizar a oferta dessas atividades nos serviços de saúde. Ademais, a necessidade não satisfeita de qualificação específica dos farmacêuticos dificulta a compreensão dos princípios filosóficos estabelecidos para tal atividade, ou seja: os valores, as responsabilidades, as funções e atividades, assim como o modus operandi do processo de cuidado e do gerenciamento dessas atividades.<sup>5,12,16,25</sup>

Não foi possível nesse estudo avaliar a sistemática utilizada para documentar as atividades, no entanto, percebeu-se que, devido à utilização de registros em arquivos próprios das farmácias, é possível que grande parte dessas informações não circule entre os profissionais envolvidos no cuidado com o paciente.

A pequena participação dos farmacêuticos em atividades educativas e relacionadas à promoção da saúde indica que este profissional ainda não está bem integrado na equipe de saúde e que a assistência farmacêutica ainda mantém certo isolamento das demais ações de saúde. O envolvimento dos farmacêuticos em atividades menos medicalizadas<sup>7</sup> pode estar relacionado com a manutenção da centralidade do medicamento nas práticas farmacêuticas.

Este estudo levanta um conjunto de questões ainda não investigadas e outras que requerem aprofundamento. É relevante investigar como ocorreu a implantação dessas atividades em políticas farmacêuticas de outros países e no Brasil, quais os

elementos estruturantes dessas atividades clínicas e como se dá o processo de trabalho dos farmacêuticos que desempenham essas atividades no SUS. Procurou-se identificar a presença de elementos filosóficos, um processo de cuidado e aspectos gerenciais que pudessem caracterizar o que se convencionou denominar, para efeitos deste estudo, atividades farmacêuticas de natureza clínica. No entanto, é preciso sinalizar as limitações quanto aos resultados deste estudo que não permitiu um conhecimento mais aprofundado das regiões e seus serviços farmacêuticos, tampouco dos processos referentes às práticas de natureza clínica desenvolvidas pelos profissionais farmacêuticos.

O enfrentamento da morbimortalidade relacionada à farmacoterapia<sup>13</sup> tem contribuído para a reorganização das práticas farmacêuticas. Embora importantes políticas farmacêuticas no Brasil tenham colocado a atenção farmacêutica como diretriz, faz-se necessário empreender esforços no sentido de institucionalizar essas atividades clínicas assegurando estrutura adequada, qualificação dos profissionais, financiamento e avaliação dos resultados para que farmacêuticos e gestores sejam estimulados a ofertar tais atividades no SUS promovendo a implementação da Política Nacional de Assistência Farmacêutica em todas as suas diretrizes.

## REFERENCIAS

1. Angonesi D, Sevalho G. Atenção Farmacêutica: fundamentação conceitual e crítica para um modelo brasileiro. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2010 Nov [cited 2015 Oct 13]; 15(Supl 3): 3603-3614. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232010000900035&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000900035&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000900035>.
2. Araújo ALA, Pereira LRL, Ueta JM, Freitas O. Perfil da assistência farmacêutica na atenção primária do Sistema Único de Saúde. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2008 Apr [cited 2016 Mar 08]; 13(Supl): 611-617. Available from: [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232008000700010&lng=en](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000700010&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232008000700010>.



3. Barreto JL, Guimarães MCL. Avaliação da gestão descentralizada da assistência farmacêutica em municípios baianos. *Cad. Saúde Pública*. 2010; 26(6): 85-91 DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2010000600014>
4. Bussières JF, Roy P, Lebel D, Binette MC, Cambar J, Colombe, C. Profil de la pratique pharmaceutique de la France et du Québec et perspectives d'échange. *Pharmactuel*. Vol. 35 No 1 Janvier-Février 2002. Disponible depuis: <file:///C:/Users/patisodre/Downloads/405-1552-1-PB.pdf>
5. Cipolle RJ, Morley PL, Strand LM. *Pharmaceutical Care Practice: The Clinician's Guide*. 2nd Edition. New York: McGraw Hill; 2004. 394 p.
6. Conill, EM. A recente reforma dos serviços de saúde na província do Québec, Canadá: as fronteiras da preservação de um sistema público. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2000, vol.16, n.4 [cited 2014-03-23], pp. 963-971 . Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2000000400015&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2000000400015&lng=en&nrm=iso). ISSN 0102-311X. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2000000400015>.
7. Costa EA. *Vigilância Sanitária: proteção e defesa da saúde*. 2ª ed. aum. São Paulo: Sobravime, 2004.
8. Dauti M, Alili- Idrizi E, Malaj L. Pharmaceutical care in community pharmacy In the republic of Macedonia. A compared study with EU countries. *European Scientific Journal*. February 2014 /SPECIAL/ edition vol.3. 2014. pp 313-318. Available from: <http://eujournal.org/index.php/esj/article/viewFile/2951/2780> ISSN: 1857 – 7881.
9. Hepler CD, Strand LM. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. *Am J Hosp Pharm*. Vol. 47, n. 3, p. 533-543, 1990.
10. Isetts BJ, Brummel, AR, Ramalho de Oliveira D, Moen DW. Managing Drug-related Morbidity and Mortality in the Patient-centered. *Med Care*. 2012; 50(11): 997-1001. doi: 10.1097/MLR.0b013e31826ecf9a.
11. Isetts BJ, Schondelmeyer SW, Artz MB, Lenarz LA, Heaton AH, Wadd WB, et al. Clinical and economic outcomes of medication therapy management

services: The Minnesota experience. *J Am Pharm Assoc* (2003). 2008 Mar-Apr;48(2):203-11; 3 p following 211. doi: 10.1331/JAPhA.2008.07108.

12. Isetts BJ. Pharmaceutical Care, MTM, & Payment: The Past, Present, & Future. *Ann Pharmacother*. 2012 Apr;46(4):pp 47-56. doi: 10.1345/aph.1Q806.

13. Johnson JA, Bootman JL. Drug related morbidity and mortality. A cost – of – illness model. *Arch. Intern Med*. v. 155, p. 1949-1956, 1995.

14. Mastroianni PC, Machuca M. Conocimiento de la experiencia farmacoterapéutica de los pacientes como medio para resolver problemas farmacoterapéuticos causados por incumplimiento. *Rev OFIL*. 2012; pp 22:38.

15. Oliveira DR . *Atenção Farmacêutica: da Filosofia ao Gerenciamento da Terapia Medicamentosa*. 1ª ed. São Paulo, 2011. 344p. ISBN: 858621413-2

16. Oliveira DR . *Atenção Farmacêutica e serviços farmacêuticos*. In: Francisco de Assis Acúrcio. (Org.). *Medicamentos - Políticas, Assistência Farmacêutica, Farmacoepidemiologia e Farmacoeconomia*. 1ed. Belo Horizonte: COOPMED, 2013, v. 1, p. 1-320.

17. Oliveira DR, Shoemaker SJ, Ekstrand M, Alves MR. Preventing and resolving drug therapy problems by understanding patients' medication experiences. *J Am Pharm Assoc*. 2012 Jan-Feb;52(1):71-80. doi: 10.1331/JAPhA.2012.10239.

18. Oliveira DR, Varela ND. La investigación cualitativa en Farmacia: aplicación en la Atención Farmacéutica. *Rev. Bras. Cienc. Farm.* [online]. 2008, vol.44, n.4 [cited 2014-03-31], pp. 763-772 . Available from: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-93322008000400024&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-93322008000400024&lng=en&nrm=iso)>. ISSN 1516-9332. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-93322008000400024>.

19. Pammett R, Jorgenson D. Eligibility requirements for community pharmacy medication review services in Canada. *Can Pharm J (Ott)*. 2014 Jan; 147(1): 20–24. doi:10.1177/1715163513514006.

20. Pereira LRL, Freitas O. A evolução da Atenção Farmacêutica e a perspectiva para o Brasil. *Rev. Bras. Cienc. Farm.* [online]. 2008, vol.44, n.4 [cited 2014-03-31], pp. 601-612 . Available from:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-93322008000400006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-93322008000400006&lng=en&nrm=iso)>. ISSN 1516-9332.  
<http://dx.doi.org/10.1590/S1516-93322008000400006>.

21. Perraudin C, Brion F, Bourdon O, Pelletier-Fleury N. The future of pharmaceutical care in France: a survey of final-year pharmacy students' opinions. *BMC Clin Pharmacol*. 2011 May 25;11:6. doi: 10.1186/1472-6904-11-6.

22. Shoemaker SJ, Hassol A . Understanding the landscape of MTM programs for Medicare Part D: Results from a study for the Centers for Medicare & Medicaid Services. *J Am Pharm Assoc*. 2011 Jul-Aug;51(4):520-6. doi: 10.1331/JAPhA.2011.10210.

23. Souza TT, Godoy RR, Rotta I, Pontarolo R, Fernandez-Llimos F, Correr J. Morbidade e mortalidade relacionadas a medicamentos no Brasil: revisão sistemática de estudos observacionais. *Rev Ciênc Farm Básica Apl*, 2014; 35(4):519-532ISSN 1808-4532.

24. Vieira FS. Possibilidades de contribuição do farmacêutico para a promoção da saúde. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2007 Mar [cited 2015 Oct 13] ;12(1 ): 213-220. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232007000100024&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000100024&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232007000100024>.

25. Yordanova, S. e Petkova, V. Pharmaceutical care in some european countries, Australia, Canada and USA. *World Journal of Pharmacy and Pharmaceutical Sciences*. 2013; 2(5): 2291-2308. Available from: [file:///C:/Users/patisodre/Downloads/article\\_wjpps\\_1428999551.pdf](file:///C:/Users/patisodre/Downloads/article_wjpps_1428999551.pdf)

**Tabela 1: Características sócio demográficas dos farmacêuticos (n 285) na Atenção Básica, nas regiões do Brasil**

<b>REGIÕES</b>	<b>N</b>	<b>NE</b>	<b>CO</b>	<b>SE</b>	<b>SUL</b>	<b>BRASIL</b>
Variáveis	%IC 95%	%IC 95%	%IC 95%	%IC 95%	%IC 95%	%IC 95%
<b>Sexo</b>						
Feminino	68,5 (54,9-79,6)	69,6 (29,1-92,7)	49,9 (29,1-70,7)	60,9(40,9-77,8)	84,8 (70,1-92,9)	64,6 (50,8-76,3)
Masculino	31,5 (20,4-45,1)	30,4 (7,3-70,9)	50,1 (29,3-70,9)	39,1 (22,2-59,1)	15,2 (7,1-29,9)	35,4 (23,7-49,2)
<b>Cor ou raça</b>						
Branca	65,2 (50,1-77,8)	79,6 (45,2-94,8)	77,6 (61,8-88,1)	82,6 (69,9-90,6)	93,5 (77,4-98,3)	82,8 (74,7-88,6)
Preta	-	11,3 (1,6-49,8)	1,4 (0,3-6,2)	0,7 (0,2-2,0)	-	1,5 (0,6-4,2)
Amarela	-	-	-	1,7 (0,3-9,5)	-	1,0 (0,2-6,4)
Parda	33,6 (21,1-48,8)	9,1 (4,2-18,7)	21,0 (10,7-37)	15,1 (7,3-28,4)	6,5 (1,7-22,6)	14,6 (9,1-22,6)
Indígena	1,2 (0,2-8,3)	-	-	-	-	0,1 (0-0,4)
<b>Estado Civil</b>						
Solteiro	32,7 (17,8-52)	10,0 (1,2-50,8)	61,1 (39,6-79)	32,2 (20,1-47,2)	37,7 (20,2-59,2)	34,1 (24,9-44,6)
Casado	59,2 (40,8-75,3)	47,6 (9,5-88,7)	37,5 (19,7-59,5)	57,9 (41,7-72,6)	55,7 (34,3-75,1)	54,7 (42,7-66,1)
União estável	7,0 (2,4-18,2)	1,9 (0,2-13,3)	0,2 (0-1,7)	4,7 (1-19)	4,4 (1,2-15,2)	4,0 (1,3-11,6)
Divorciado	1,2 (0,2-8,3)	40,6 (5,5-89)	1,2 (0,2-8,5)	4,2 (2-8,6)	2,2 (0,3-12,7)	6,6 (2,3-17,9)
Viúvo	-	-	-	1,0 (0,2-4,4)	-	0,6 (0,1-2,9)
<b>Faixa etária</b>						
18-29	36,0 (22-52,9)	9,0 (0,9-51,7)	36,3 (17,6-60,2)	23,8 (12,8-39,9)	19,7 (8,9-38)	23,6 (15,6-34,1)
30-59	64,0 (47,1-78)	91,0 (48,3-99,1)	58,9 (34,3-79,6)	74,1 (58,3-85,4)	76,5 (56,8-88,9)	74,0 (63,5-82,3)
60 ou mais	-	-	4,9 (0,6-29,5)	2,1 (0,8-5,8)	3,9 (0,5-24,3)	2,4 (1-5,5)
<b>Escolaridade</b>						
Pós-graduação latu sensu	38,3 (24,9-54,6)	65,7 (17,3-94,6)	35,1 (14,9-62,5)	35,2 (21,5-51,8)	51,2 (29,9-72,1)	40,4 (29,4-52,6)
Mestrado ou doutorado	2,4 (0,6-9,2)	-	7,3 (1,6-27,2)	12,6 (2-50,2)	2,5 (0,4-12,3)	9,0 (1,8-34,2)

Fonte: PNAUM Serviços - Brasil, 2015

**Tabela 2: Realização de atividades de natureza clínica, denominação e importância atribuída pelos farmacêuticos, na Atenção Básica, nas regiões do Brasil**

REGIÕES	N	NE	CO	SE	SUL	BRASIL
Dimensões/Variáveis	%IC 95%	%IC 95%	%IC 95%	%IC 95%	%IC 95%	%IC 95%
<b>Atividades de natureza clínica</b>						
Realiza (n 79)	29,8 (18,3-44,8)	47,5 (11,1-86,8)	20,2 (5,9-50,8)	21,2 (12,3-33,9)	6,0 (1,5-21,5)	21,3 (13,6-31,9)
Não realiza (n 206)	69,7 (55,2-81,7)	52,5 (13,2-88,9)	79,8 (49,2-94,1)	78,8 (66,1-87,7)	94,0 (78,5-98,5)	78,6 (68,1-86,4)
<b>Motivos para não realizar (n 206)</b>						
Não dispõe de espaço físico	56,0 (37-73,4)	82,8 (29,3-98,2)	56,3 (28,4-80,7)	42,1 (24,4-62,1)	43,7 (23,3-66,5)	46,7 (33,4-60,5)
Não dispõe de tempo	49,1 (29,9-68,7)	19,0 (2,3-70,5)	58,6 (36,8-77,5)	50,6 (30,9-70)	28,7 (15,9-46,2)	45,4 (32-59,6)
Nunca foi solicitado para realiza-las	44,1 (26-64)	84,4 (66,9-93,6)	58,1 (30,5-81,4)	49,9 (29,9-69,9)	52,7 (30,1-74,3)	53,0 (38,6-67)
Outros	7,9 (1,8-28,4)	-	15,2 (5,6-35,2)	7,4 (2,7-18,9)	21,3 (9,2-41,8)	10,4 (5,8-17,8)
<b>Denominação (n 79)</b>						
Atenção farmacêutica	61,4 (36,2-81,7)	2,0 (0,1-21,6)	29,4 (5,3-75,8)	45,8 (23,2-70,3)	35,4 (4,3-87,1)	36,2 (18,5-58,7)
Seguimento farmacoterapêutico	3,4 (0,5-21,2)	-	-	4,7 (0,8-22,8)	-	3,1 (0,6-14,5)
Farmácia clínica	-	4,8 (0,4-41,5)	-	1,4 (0,3-5,8)	-	1,8 (0,5-6,2)
Consulta farmacêutica	10,9 (1,6-48,4)	2,0 (0,1-21,6)	66,0 (19,1-94,1)	16,0 (6,2-35,4)	-	17,1 (6,8-36,9)
Orientação farmacêutica	24,3 (10,4-47,2)	91,3 (53-99)	4,6 (0,4-34,9)	25,6 (9,6-52,6)	64,6 (12,9-95,7)	37,9 (17,2-64,2)
Cuidado farmacêutico	-	-	-	6,5 (1,7-21,6)	-	4,0 (1,1-13,9)
<b>Importância (n 79)</b>						
Muito importante	95,9 (75,4-99,5)	98,0 (78,4-99,9)	90,8 (56,9-98,7)	83,2 (62,1-93,8)	35,4 (4,3-87,1)	85,5 (69,6-93,8)
Importante	4,1 (0,5-24,6)	-	9,2 (1,3-43,1)	16,8 (6,2-37,9)	64,6 (12,9-95,7)	14,2 (6-30)
Pouco importante	-	2,0 (0,1-21,6)	-	-	-	0,4 (0,1-2,8)

Fonte: PNAUM Serviços - Brasil, 2015

**Tabela 3: Caracterização das atividades de natureza clínica realizadas pelos farmacêuticos (n 79), na Atenção Básica, nas regiões do Brasil**

REGIÕES	N	NE	CO	SE	SUL	BRASIL
Dimensões/Variáveis	%IC 95%	%IC 95%	%IC 95%	%IC 95%	%IC 95%	%IC 95%
<b>Para quem são ofertadas</b>						
Para todos os usuários	32,0 (14,5-56,6)	85,4 (39,6-98,1)	12,0 (1,7-51,3)	49,5 (26,4-72,9)	4,0 (0,4-32,5)	49,8 (27,9-71,8)
Para usuários que solicitam	33,4 (13,3-62,2)	5,9 (0,6-38,9)	73,1 (27,5-95,1)	5,5 (1,6-17,6)	64,6 (12,9-95,7)	16,3 (6,4-35,5)
Para usuários com dificuldades no uso de medicamentos	30,5 (12,7-56,8)	6,7 (0,7-43,2)	12,6 (2,1-49)	28,8 (11,4-54,8)	27,3 (2,6-84,1)	23,0 (10,7-42,8)
Para grupos específicos	4,1 (0,5-24,6)	2,0 (0,1-21,6)	2,3 (0,3-14)	16,2 (6,3-35,5)	4,0 (0,4-32,5)	10,9 (4,5-24)
<b>Recursos disponíveis</b>						
Local específico	46,5 (23,6-70,9)	5,9 (0,6-38,9)	77,7 (33,5-96)	50,8 (27,6-73,7)	4,0 (0,4-32,5)	42,4 (22,4-65,3)
<b>Sistema de registro</b>						
Sistema informatizado	34,3 (14,5-61,6)	2,0 (0,1-21,6)	73,1 (27,5-95,1)	53,6 (29,5-76,1)	68,6 (14,6-96,5)	45,1 (24,7-67,2)
Registro próprio arquivado na farmácia	50,5 (26,7-74,1)	8,7 (1-47)	83,7 (43,3-97,2)	38,5 (18,1-63,8)	96,0 (67,5-99,6)	40,3 (21,5-62,4)
Prontuário do usuário	42,4 (20,6-67,7)	6,7 (0,7-43,2)	13,1 (2-52,4)	65,6 (37,9-85,7)	72,7 (15,9-97,4)	48,2 (26,9-70,1)
Outros	3,4(0,5-21,2)			6,2(1,9-18)	68,6(14,6-96,5)	4(1,3-11,4)
<b>Capacitação e treinamento</b>						
	89,5 (54,2-98,4)	89,5 (54,2-98,4)	89,5 (54,2-98,4)	56,5 (30,5-79,3)	8,0 (1,1-40,5)	65,2 (41,6-83,1)
<b>Interação com a equipe de saúde</b>						
Realização das atividades conjuntamente com:						
Médicos	62,7 (35,9-83,5)	6,7 (0,7-43,2)	14,0 (2,4-51,7)	57,5 (31,9-79,6)	35,4 (4,3-87,1)	42,9 (23,7-64,4)
Enfermeiros	54,6 (29,9-77,3)	8,7 (1-47)	14 (2,4-51,7)	57,9 (32,1-80)	35,4 (4,3-87,1)	43,0 (23,8-64,5)
Nutricionistas	22,6 (7,1-52,6)	6,7 (0,7-43,2)	5,7 (0,7-34,3)	36,6 (17,4-61,3)	31,4 (3,5-85,4)	26,8 (13,2-47)
Odontólogos	50,5 (26,7-74,1)	4,8 (0,4-41,5)	5,7 (0,7-34,3)	29,6 (12,2-55,8)	31,4 (3,5-85,4)	23,8 (11,1-43,9)
Outro	12,2 (3,7-33,1)		1,1 (0,1-11,1)	5,5 (2,4-12,2)	27,3 (2,6-84,1)	5,3 (2,5-11,2)

Fonte: PNAUM Serviços - Brasil, 2015

**Tabela 4: Informações fornecidas pelos farmacêuticos (n 285) sobre o uso e armazenamento de medicamentos no momento da dispensação, na Atenção Básica, nas regiões do Brasil**

REGIÕES	N	NE	CO	SE	SUL	BRASIL
Dimensão/Variável	%IC 95%	%IC 95%	%IC 95%	%IC 95%	%IC 95%	%IC 95%
<b><i>Informações sobre o uso dos medicamentos</i></b>						
Sempre	93,1 (81-97,7)	71 (24,1-95)	97,6 (84,1-90,7)	76,1 (51,6-90,5)	82,3 (53,3-95)	79,5 (62,8-89,9)
Repetidamente	-	24,3 (3,2-75,6)	2,4 (0,3-15,9)	2,2 (0,9-5,3)	3,6 (0,8-13,9)	4,2 (1,5-11,4)
Às vezes	3,6 (1,1-11)	0,9 (0,1-7,8)	-	9,6 (3,9-22,1)	14,2 (3-47)	8,4 (3,0-17,1)
Raramente	3,2 (0,5-19,8)	0,9 (0,1-7,8)	-	12,1 (1,9-49,5)	-	7,6 (1,2-35,7)
Nunca	-	2,8 (0,5-14,5)	-	-	-	0,2 (0,1-1,1)
<b><i>Informações sobre o armazenamento dos medicamentos</i></b>						
Sempre	59,2 (43,3-73,4)	23,5 (5,7-60,9)	67,7 (46,3-86,4)	58,6 (39,8-75,2)	53,8 (32,5-73,7)	55,8 (43-67,8)
Repetidamente	2,4 (0,3-15,5)		8,7 (2-31,1)	5,9 (3-11,3)	0,2 (0-1,8)	4,7 (2,6-8,2)
Às vezes	18,0 (9-32,6)	47,5 (11,1-86,8)	5,7 (2-14,9)	34,6 (18,1-56)	36,6 (18,8-59,1)	32,4 (20,3-47,5)
Raramente	5,7 (2-14,9)	24,3 (3,2-75,6)	8,5 (2,1-29,2)	0,6 (0,2-1,6)	1,6 (0,2-11,1)	3,8 (1,2-11,4)
Nunca	14,7 (6,1-31,3)	4,7 (1,1-17,4)	9,4 (3,5-23,1)		7,7 (1,1-38,7)	3,2 (1,4-7,2)

Fonte: PNAUM Serviços - Brasil, 2015

**Tabela 5: Participação dos farmacêuticos (n 285) em outras atividades na Atenção Básica, nas regiões do Brasil**

REGIÕES	N	NE	CO	SE	SUL	BRASIL
Dimensões/Variáveis	%IC 95%	%IC 95%	%IC 95%	%IC 95%	%IC 95%	%IC 95%
<b><i>Participação em reuniões da equipe de saúde</i></b>						
Sempre	46,9(32-62,3)	19,4(4,3-56,1)	26,2(12,5-46,9)	43,6(28,5-59,9)	41,9(23,6-62,6)	39,6(29,2-51)
Repetidamente	4,6(1,1-16,7)			5,4(2,3-12,2)	2,1(0,4-9,8)	3,8(1,8-7,9)
Nunca	21,4(10,8-38)	4,7(1,3-15,8)	23,5(9,2-48,2)	18,3(9,8-31,4)	30,6(12,8-57)	19,7(12,7-29,2)
Às vezes	3,5(0,8-13,9)	47,8(11,3-86,9)	26(9,2-54,9)	8,2(3,4-18,5)	1,9(0,3-12,9)	12,3(6,1-23)
Raramente	23,6(13,3-38,5)	28,1(4,7-75,7)	24,3(11,5-44,3)	24,6(10,3-48)	23,5(10,4-44,9)	24,7(14,1-39,5)
<b><i>Participação em outras atividades nas unidades de saúde</i></b>						
Não	47,7 (32,9-93)	55,2 (15,8-89)	74,4 (54,1-87,8)	72,4 (59-82,7)	45,8 (25,8-67,1)	65,9 (55,5-75)
Sim	52,3 (37-67,1)	44,8 (11-84,2)	25,6 (12,2-45,9)	27,6 (17,3-41)	54,2 (32,9-74,2)	34,1 (25-44,5)
<b><i>Atividades</i></b>						
Com outros setores (educação, assistência social, ambiente etc.)	63,4 (39,6-82,1)	36,4 (6,7-82)	71,3 (41,2-89,9)	61,9 (40,2-79,7)	67,7 (36,1-88,6)	61,2 (30,2-56,5)
Organizativas da comunidade	44,1 (23,9-66,4)	12,0 (1,3-59,1)	77,6 (51,1-92)	37,6 (21,6-56,8)	40,4 (18,8-66,4)	38,8 (27-52,2)
Mutirão para solução de problemas na comunidade	67,8 (44,6-84,6)	41,4 (7,8-85,6)	89,1 (69,5-96,7)	32,1 (18,5-49,6)	44,5 (20,5-71,3)	42,9 (30,2-56,5)
Para a preservação da natureza	21,4 (8,1-45,6)	2,1 (0,2-17,5)	36,6 (12,7-69,7)	24,0 (11,9-42,5)	38,0 (15,7-66,9)	25,8 (15,9-38,9)
Prevenção e controle de	47,4 (26,4-69,4)	5,1 (0,5-35,1)	17,9 (3,5-56,9)	28,7 (15-47,9)	45,4 (21,2-72)	30,5 (19,8-43,9)



obesidade

Atividades físicas	17,8 (5,6-44,2)	-	25,1 (7,1-59,8)	22,2 (11,6-38,5)	31,3 (13,1-57,9)	21,9 (13,8-33)
Prevenção e controle de hipertensão e diabetes	80,2 (54,9-93,1)	39,4 (7,4-84,1)	90,9 (71-97,6)	75,0 (37,6-91)	71,2 (37,6-91)	71,5 (53,8-84,4)
Controle ambiental de doenças (ex: combate à dengue)	47,9 (27-69,7)	93,7 (73,6-98,8)	90,7 (68,7-97,8)	30,3 (16,9-48,2)	46,0 (21,6-72,4)	47,1 (33,5-61,2)
Prevenção de câncer de colo de útero	52,3 (30,4-73,3)	25,3 (4-73,1)	75,1 (45,6-91,6)	31,7 (18-49,5)	53,1(26,8-77,8)	40,9 (28,6-54,4)
Prevenção de câncer de próstata	37,4 (18,7-60,7)	25,3 (4-73,1)	65,6 (35,1-87,1)	28,3 (15,4-46)	56,1 (28,9-80,1)	38,3 (26,3-51,8)
Prevenção de Doenças Sexualmente Transmissíveis (AIDS, HPV, Hepatite, etc.)	65,2 (41,4-83,2)	83,8 (40,5-97,5)	86,9 (55,7-97,2)	53,1 (32,9-72,3)	58,6 (30,6-81,9)	61,3 (46,2-74,5)
Planejamento familiar	69,8 (46,8-85,9)	9,2 (1,7-37,7)	42,8 (16,3-74,2)	38,4 (22,6-57)	33,8 (14,7-60,2)	36,3 (25,2-49)

Fonte: PNAUM Serviços - Brasil, 2015

## **ARTIGO III**

**Política de Assistência Farmacêutica: Concepção e desenvolvimento da  
atenção farmacêutica na atenção básica no SUS**

## RESUMO

As ações de assistência farmacêutica quando restritas a assegurar o acesso aos medicamentos não tem logrado êxito em responder às necessidades de atenção integral à saúde, especialmente no contexto da atenção básica que assume o indivíduo em sua dimensão sócio-cultural. Consolidar os serviços farmacêuticos na atenção básica tem sido desafiador. Construir e consolidar uma política que estruture a oferta de serviços de atenção farmacêutica no SUS apresenta desafios ainda mais significativos. As políticas devem expressar de maneira clara os valores, as atitudes, responsabilidades, compromissos e limites que configurarão essa prática profissional, bem como descrever padrões para a realização dos serviços de atenção farmacêutica aplicáveis e reprodutíveis em qualquer cenário em que o farmacêutico atuar. O objetivo deste artigo consiste em identificar e discutir aproximações e distanciamentos das atividades clínicas desenvolvidas na Atenção Básica do SUS em relação à atenção farmacêutica, a partir dos resultados da PNAUM sobre as atividades clínicas dos farmacêuticos na Atenção Básica. Especificamente, pretende-se identificar e discutir quais elementos relativos aos componentes da filosofia de prática, do processo de cuidado e da gestão da atenção farmacêutica estão presentes (ou não) nos serviços farmacêuticos da Atenção Básica, no Brasil. É um estudo de abordagem qualitativa, do tipo exploratório. De acordo com a literatura sobre atenção farmacêutica, três categorias podem expressar os aspectos relacionados ao significado de atenção farmacêutica e seriam: a filosofia da atenção farmacêutica, o processo de cuidado e a gestão da atenção farmacêutica e os elementos essenciais à composição destas categorias. Comparou-se os achados da PNAUM que caracterizaram os serviços farmacêuticos clínicos na Atenção Básica, no Brasil, buscando-se identificar elementos do empírico que se aproximavam (ou não) daqueles descritos na literatura e as aproximações possíveis. Identificou-se alguns elementos da filosofia, do processo de cuidado e da gestão na experiência descrita.

## **ABSTRACT**

The pharmaceutical care actions when restricted to ensure access to medicines has not been successful in responding to the comprehensive health care needs, especially in the context of primary care that takes the individual in their socio-cultural dimension. Consolidate pharmaceutical services in primary care has been challenging. Build and consolidate a policy that structure the supply of pharmaceutical care services in SUS presents even more significant challenges. Policies should clearly express the values, attitudes, responsibilities, commitments and limits that will shape this professional practice, and to describe standards for the achievement of pharmaceutical care services applicable and reproducible in any scenario in which the pharmaceutical act. The purpose of this article is to identify and discuss similarities and differences of clinical activities in the SUS basic care in relation to pharmaceutical care, from PNAUM results on the clinical activities of pharmacists in primary care. Specifically, we intend to identify and discuss which elements relating to components of philosophy of practice, the process of care and pharmaceutical care management are present (or not) in the pharmaceutical services of Primary Care in Brazil. It is a qualitative study, the exploratory. According to the literature on pharmaceutical care, three categories can express aspects related to the meaning of pharmaceutical care and are: the philosophy of pharmaceutical care, the care process and management of pharmaceutical care and the essential elements of the composition of these categories. He compared the PNAUM findings that characterized the clinical pharmacy services in Primary Care in Brazil, seeking to identify empirical elements approaching (or not) from those described in the literature and possible approaches. It identified some elements of philosophy, the care process and management in the experiment described.

## INTRODUÇÃO

Com o surgimento do paradigma de prática farmacêutica denominada “pharmaceutical care”, se inicia um novo modo de atuação dos farmacêuticos no qual o usuário do medicamento é o mais importante beneficiário das suas ações (ARAÚJO, UETA, FREITAS, 2005; CIPOLLE, MORLEY, STRAND, 1998). Desenvolver esse novo modelo de prática, teve como ponto de partida o propósito de oferecer um serviço farmacêutico inserido no paradigma do cuidado ao paciente, no qual o farmacêutico deveria cuidar deles por meio da construção de uma relação terapêutica. Desse modo, através da identificação, prevenção e resolução de problemas farmacoterapêuticos, seria possível melhorar a experiência de uso de medicamentos dos pacientes contribuindo para o alcance das metas terapêuticas e melhores resultados com a farmacoterapia prescrita e não prescrita.

A Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF) evidenciou a atenção farmacêutica no Brasil, seguindo a tendência de vários países que assumiram essa questão enquanto política estratégica para a redução do impacto da morbimortalidade relacionada ao uso de medicamentos (OPAS, 2002; YORDANOVA, PETKOVA, 2013; OMS, 1993, ISSTES, 2016). Adicionalmente, a OPAS/OMS (2013) propôs diretrizes para organização dos serviços farmacêuticos na atenção primária à saúde (APS) compatíveis com os princípios fundamentais defendidos em Alma-Ata (GIOVANELLA, MENDONÇA, 2012). Essas diretrizes têm influenciado diversos países, inclusive o Brasil, a organizar os serviços farmacêuticos na APS. Inicialmente propondo mudanças no enfoque das atividades farmacêuticas do medicamento para o indivíduo, a família e a comunidade. (BRASIL, 2014; PEREIRA, LUÍZA, CRUZ, 2015).

No Brasil, particularmente, as políticas farmacêuticas entendem os serviços farmacêuticos enquanto o conjunto de ações contidas na assistência farmacêutica, que envolvem atividades e processos desenvolvidos em unidades e serviços de saúde que incluem desde ações relativas à macrogestão municipal da assistência farmacêutica; ações de caráter técnico relacionadas à logística dos medicamentos até serviços clínicos e de educação em saúde (PEREIRA, LUÍZA, CRUZ, 2015; ZULUAGA, 2013).

Apesar da constatação de que as ações de assistência farmacêutica quando restritas a assegurar o acesso aos medicamentos não tem logrado êxito em responder às

necessidades de atenção integral à saúde – especialmente no contexto da atenção básica que assume o indivíduo em sua dimensão sociocultural –, o que se percebe é a predominância do trabalho farmacêutico voltado às ações gerenciais centradas na gestão do medicamento, visando a sua disponibilização e acesso (BRASIL, 2012; OPAS/OMS, 2013; PEREIRA, LUÍZA, CRUZ, 2015; ARAÚJO, UETA, FREITAS, 2005).

Soma-se a essa realidade o fato da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) sequer mencionar o farmacêutico, apesar de considerar a dispensação de medicamento como necessária à estruturação das unidades básicas de saúde da família. Além disso, nesse contexto, a estrutura física das farmácias é apontada como inadequada e insuficiente, os medicamentos são entregues a população por qualquer trabalhador de saúde e, em geral para uma população desinformada sobre seus medicamentos e culturalmente medicalizada (BRASIL, 2012; LÉFREVE, 1999). Dessa forma, a consolidação dos serviços farmacêuticos na atenção básica é desafiadora e, ainda mais a construção e consolidação de uma política que estruture a oferta de serviços de atenção farmacêutica no SUS.

Apesar da multiplicidade de denominações sobre o que se compreende como atenção farmacêutica, alguns significados e formas de operacionalização desse constructo são possíveis (artigo 1). Neste trabalho (artigo 1), os serviços farmacêuticos de natureza clínica foram definidos como “toda atividade realizada diretamente com o usuário e que tenha a finalidade de atender as necessidades dos pacientes relacionadas ao uso de medicamentos e que expressem elementos filosóficos”. Dessa forma, com base na revisão de literatura e análise de documentos políticos (artigo 1), identificou-se uma síntese sobre os elementos que caracterizavam a atenção farmacêutica de forma geral.

A partir disso, o objetivo proposto para esse artigo consiste em identificar e discutir aproximações e distanciamentos das atividades clínicas desenvolvidas na atenção básica do SUS em relação à atenção farmacêutica, a partir dos resultados da PNAUM sobre as atividades clínicas dos farmacêuticos na atenção básica. Especificamente pretende-se, identificar e discutir quais elementos relativos aos componentes da filosofia da atenção farmacêutica, do processo de cuidado e da gestão, estão presentes (ou não) nos serviços farmacêuticos da atenção básica no Brasil.

## ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, do tipo exploratório. Para estabelecer categorias com possibilidades de operacionalizar aspectos relativos ao significado de atenção farmacêutica e ao desenvolvimento de suas ações utilizou-se como ponto de partida as explicitações teóricas sobre as definições de atenção farmacêutica adotadas em documentos políticos da revisão de literatura sobre este tema (artigo 1). Em seguida compararam-se os achados da PNAUM que caracterizaram os serviços farmacêuticos clínicos na atenção básica (BRASIL, 2015) com os achados dessa revisão de literatura, buscando-se identificar elementos do empírico que se aproximam (ou não) daqueles descritos na literatura e as possíveis aproximações. As categorias dizem respeito à filosofia da atenção farmacêutica, o processo de cuidado e à gestão da atenção farmacêutica e os elementos essenciais à composição destas categorias como apresentado no Quadro 1.

**QUADRO 1: Categorias teóricas e elementos de composição da atenção farmacêutica.**

<b>CATEGORIAS TEÓRICAS</b>	<b>ELEMENTOS DE COMPOSIÇÃO</b>
<b>FILOSOFIA DA ATENÇÃO FARMACÊUTICA</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Definição clara da responsabilidade social do farmacêutico, colocando este como o responsável pelos resultados produzidos pela farmacoterapia de seus pacientes e responde por esse compromisso</li><li>• A atenção farmacêutica assume a responsabilidade por atender a uma necessidade social específica. Isso ocorre através da satisfação de necessidades expressas pelo usuário, relacionadas ao uso de medicamentos. O farmacêutico é responsável por satisfazer a necessidade que tem a sociedade de receber um tratamento apropriado, efetivo, seguro e conveniente</li><li>• A atenção farmacêutica é uma prática centrada no paciente e não no medicamento – o exercício da atenção farmacêutica como prática centrada no paciente, além de requerer competência técnica, o farmacêutico deve cuidar do paciente considerando seus conhecimentos técnicos e clínicos e as crenças, experiências e comportamentos dos pacientes</li><li>• O serviço de atenção farmacêutica deve ser oferecido dentro do paradigma do cuidado ao paciente, ou seja, cuidar por meio da construção de uma relação terapêutica. Presença de padrão de desempenho da relação terapêutica, passa pela avaliação das necessidades farmacoterapêuticas do paciente, mobiliza recursos para atender essa necessidade e acompanha o paciente para determinar resultados alcançados</li></ul>
<b>PROCESSO DE CUIDADO</b>	O processo de cuidado é composto por: <ul style="list-style-type: none"><li>• Uma <b>etapa de avaliação de necessidades farmacoterapêuticas</b> dos pacientes, com a definição da existência (ou risco de existência)</li></ul>

	<p>de um problema relacionado ao uso de medicamentos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Um <b>plano de cuidado</b> no qual se estabelece quais intervenções farmacêuticas serão realizadas e as metas terapêuticas a serem alcançadas pelos pacientes</li> <li>• e, uma <b>avaliação de seguimento</b> (follow-up) que tem como objetivo verificar os resultados alcançados após intervenções farmacêuticas. Esse componente propõe um processo lógico para tomada de decisão (raciocínio clínico específico), possibilita identificar e resolver problemas relacionados ao uso de medicamentos, estabelecer objetivos terapêuticos, solucionar intervenções e avaliar resultados. Outra exigência é que essas atividades sejam documentadas</li> </ul>
<p style="text-align: center;"><b>GESTÃO DA ATENÇÃO FARMACÊUTICA</b></p>	<p>A gestão da atenção farmacêutica inclui todo o apoio necessário para prestar um serviço aos pacientes de maneira eficiente e efetiva e abrange:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1) definição clara da missão, visão, objetivos e políticas institucionais</li> <li>• 2) profissional farmacêutico que compreende e aceita suas novas responsabilidades</li> <li>• 3) especifica todos os recursos necessários para prestar o serviço (físicos, econômicos e humanos)</li> <li>• 4) estabelece meios efetivos e eficientes para beneficiar um maior número de pacientes</li> <li>• 5) define meios para avaliar o serviço</li> <li>• 6) possui um sistema de documentação da prática</li> <li>• 7) busca meios de financiamento/remuneração profissional</li> </ul>



**QUADRO 2: Categorias teóricas, elementos de composição, resultados e aproximações possíveis da atenção farmacêutica na atenção básica no SUS**

CATEGORIAS TEÓRICAS	ELEMENTOS	RESULTADOS	POSSÍVEIS APROXIMAÇÕES
<p align="center"><b>FILOSOFIA DA ATENÇÃO FARMACÊUTICA</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Compreensão do profissional farmacêutico sobre a sua responsabilidade social de atender todas as necessidades relacionadas ao uso de medicamentos dos pacientes através de identificar, prevenir e solucionar PRMs</li> <li>2. É uma prática centrada no paciente e não no medicamento</li> <li>3. <i>Modus operandi</i> da atenção farmacêutica (O farmacêutico cuida por meio da construção de uma relação terapêutica que traduz valores, atitudes e compromissos)</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entendimento da dispensação de medicamentos compreendida como a principal atividade clínica</li> <li>• Atividades farmacêuticas com ênfase na gestão do medicamento concorrendo com aquelas centradas no paciente</li> <li>• Privacidade e confidencialidade, imprescindíveis à relação terapêutica no processo de cuidado, comprometidas pela estrutura física das unidades de saúde</li> <li>• Atividades de natureza clínica denominadas de consulta farmacêutica e atenção farmacêutica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• As denominações ‘consulta farmacêutica’ e ‘atenção farmacêutica’ podem significar compreensões que se aproximam do que tem sido descrito na literatura como atenção farmacêutica</li> </ul>
<p align="center"><b>PROCESSO DE CUIDADO</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Presença das etapas de avaliação de necessidades farmacoterapêuticas, plano de cuidados e avaliação de seguimento</li> <li>2. Registro das etapas do processo de cuidado pelo farmacêutico em prontuário da farmácia ou instituição</li> <li>3. Inclusão dos usuários no serviço de atenção farmacêutica</li> <li>4. Relação terapêutica estabelecida com o usuário para satisfazer necessidades farmacoterapêuticas</li> <li>5. Estratégia para identificar PRMs (Utilização de raciocínio clínico lógico para identificar PRMs)</li> <li>6. Interação com outros profissionais de saúde</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Impossibilidade de identificar etapas que caracterizassem o processo de cuidado com o instrumento de produção de dados.</li> <li>• Registro das atividades clínicas inferior a 50% em todas as alternativas constantes do instrumento acima referido.</li> <li>• Oferta de serviços clínicos a todos os usuários (49,8%), àqueles com dificuldades no uso de medicamentos (23%) e aos que solicitam (16,3%).</li> <li>• Interação com outros profissionais do cuidado inferior a 50% entre médicos e enfermeiros, principais citados na realização conjunta das atividades</li> </ul>	<p align="center">--</p>
<p align="center"><b>GESTÃO DA</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Definição clara da missão e visão da</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atividades farmacêuticas clínicas</li> </ul>	<p align="center">--</p>

<p><b>ATENÇÃO FARMACÊUTICA</b></p>	<p>atenção farmacêutica</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Recursos necessários para prestar o serviço (físicos, econômicos e humanos)</li> <li>3. Relatórios da avaliação do serviço</li> <li>4. Registro das atividades realizadas</li> <li>5. Marco legal</li> <li>6. Financiamento</li> </ol>	<p>incipientes e desiguais entre as regiões (6% a 47,5%)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atividades centradas na gestão do medicamento</li> <li>• Capacitação para realizar atividades clínicas referida por cerca de 65% dos farmacêuticos</li> <li>• Estrutura física inadequada para realização das atividades clínicas (42,4% possui local específico para atendimento de pacientes)</li> <li>• Reduzida participação de farmacêuticos na atenção básica (somente 32,7% dos responsáveis pela entrega de medicamentos eram farmacêuticos)</li> <li>• Marco legal difuso para serviços farmacêuticos clínicos na atenção básica</li> <li>• Inexistência de políticas que expressem claramente valores, atitudes, responsabilidades, compromissos e limites da atenção farmacêutica</li> <li>• Inexistência de padrões mínimos de atenção farmacêutica definidos, aplicáveis e reprodutíveis em qualquer serviço</li> <li>• Inexistência de financiamento específico</li> </ul>	
------------------------------------	--	--	--

## **RESULTADO E DISCUSSÃO**

O quadro 2, apresenta os elementos relativos aos componentes da filosofia da atenção farmacêutica, do processo de cuidado e da gestão e possíveis aproximações encontradas na atenção básica do SUS, no Brasil.

### **Filosofia da atenção farmacêutica**

Os resultados enunciados no quadro 2, identificaram que existe um entendimento, por parte dos farmacêuticos, que a dispensação de medicamentos é a principal atividade de natureza clínica que realizam; parte desses farmacêuticos denominam essas atividades de natureza clínica de consulta farmacêutica e atenção farmacêutica. Nas atividades realizadas pelos profissionais farmacêuticos constatou-se ênfase nas atividades centradas na gestão do medicamento concorrendo com aquelas centradas no paciente e que a privacidade e confidencialidade, imprescindíveis à relação terapêutica no processo de cuidado, são comprometidas pela estrutura física das unidades de saúde.

Mensurar aspectos relativos a valores, comportamentos e atitudes requerem estratégias de pesquisa e instrumentos de produção de dados apropriados. Em que pese as limitações da PNAUM, que não pretendeu tais objetivos, foi possível identificar, a partir de seus resultados, aproximações sobre a caracterização dos serviços farmacêuticos clínicos (BRASIL, 2015) com elementos da filosofia da atenção farmacêutica.

A denominação, mais frequentemente utilizada, para estes serviços pode informar sobre o que se pensa sobre o que se faz (ou se deveria fazer) nesse tipo de atividade/serviço. No âmbito da atenção básica, no Brasil, pensa-se sobre essa atividade clínica como sendo, principalmente, orientação farmacêutica (37,9%), atenção farmacêutica (36,2%) e consulta farmacêutica (17,1%) (PNAUM, 2015). Os resultados da PNAUM apontam que entre os farmacêuticos entrevistados é possível que exista um entendimento de que a dispensação seja a principal atividade de natureza clínica que realizam, porque abrange orientação aos usuários.

Uma parte dos farmacêuticos denomina as atividades clínicas como atenção farmacêutica e consulta farmacêutica. Ambas as denominações possuem sentidos que poderiam, em geral, denotar a realização de atividades próximas à definição seminal de atenção farmacêutica que tem sido amplamente utilizada (HEPLER, STRAND, 1990;

CIPOLLE, MORLEY, STRAND, 1998). Todavia, só é possível constatar, com esses achados, que o termo atenção farmacêutica foi o mais amplamente disseminado no país, ainda que possa assumir compreensões diversas.

O desenvolvimento de uma prática centrada no usuário e não no medicamento é requerido dos profissionais que desenvolvam a atenção farmacêutica. Contudo, entre as atividades realizadas concomitantemente com as atividades clínicas, a dispensação de medicamentos (93,6%), o exercício de responsabilidade técnica pela farmácia (90,5%), a supervisão de outros funcionários (74,5%) e atividades com a equipe de saúde (61,2%) foram as mais frequentes (BRASIL, 2015).

Pereira, Luiza e Cruz (2015) afirmam que a dispensação é considerada o ato clínico que dispara as ações de cuidado dado que, é por meio dele que o usuário obtém acesso a seus medicamentos e o farmacêutico realiza sua abordagem assistencial. Outro estudo realizado no Rio de Janeiro sobre a dispensação de medicamentos no componente especializado da assistência farmacêutica (CEAF) (LIMA-DELLAMORA, CAETANO, OSÓRIO-DE-CASTRO, 2012) identificou que as propostas para realização do seguimento farmacoterapêutico que integram o Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas (PCDT) estimulam o farmacêutico a aderir a tarefas administrativas e clínicas.

Entretanto, estes profissionais percebiam sua participação no CEAF como eminentemente burocráticas e centradas no medicamento. A multiplicidade de tarefas e a desestruturação física do serviço, no caso analisado, contribuía para que as atividades focadas na gestão dos medicamentos predominassem sobre a dispensação e seguimento farmacoterapêutico, afirmando-se, inclusive, que em muitas situações, os farmacêuticos atuavam como meros entregadores de medicamentos, graças ao dimensionamento inadequado da força de trabalho, que não levava em consideração a relação farmacêutico/número de usuários atendidos.

Os elementos teóricos desta categoria estabelecem, ainda, que o atendimento face a face centrado no paciente e em suas necessidades relacionadas ao uso dos medicamentos é uma premissa filosófica diretamente condicionada ao estabelecimento de privacidade e confidencialidade; e isto depende de estrutura física compatível, o que foi referido somente por 42,4% dos entrevistados que afirmaram existir local apropriado para realizar as atividades clínicas (BRASIL, 2015). Essa situação contribui para que as

atividades farmacêuticas clínicas não sejam executadas, inclusive a dispensação de medicamentos, ato farmacêutico considerado estratégico e único como descrito na PNAB.

No Brasil, a PNAF, tem sido o principal documento a estabelecer os marcos da responsabilidade da assistência farmacêutica, por prover a atenção farmacêutica como prática profissional com objetivos definidos de melhorar a qualidade de vida dos pacientes, atuando sobre a farmacoterapia de forma racional (BRASIL, 2004). Pode-se perceber que a PNAF pretendeu instituir noções da filosofia da atenção farmacêutica, contudo, ainda incipientes e com alto grau de abstração. Em que pese a ausência de declarações precisas de valores, responsabilidades e limites de uma prática farmacêutica de natureza clínica nas políticas farmacêuticas no Brasil, as noções da filosofia da atenção farmacêutica postuladas na PNAF têm respaldado farmacêuticos a desenvolver experiências clínicas além de incluir importantes valores do SUS na definição.

### **Processo de cuidado**

Conforme o quadro 2, não foi possível identificar, a partir do instrumento de produção de dados da pesquisa, as etapas que caracterizam o processo de cuidado. Porém, os resultados sobre o registro das atividades clínicas ocorreu em menos de 50% em todas as alternativas constantes do referido instrumento – com expressivas desigualdades entre as regiões – o que impossibilita comprovar a realização desse processo de cuidado e de sua avaliação.

No Brasil, os farmacêuticos informaram realizar a oferta de serviços clínicos, para todos os usuários (49,8%) e para os usuários com dificuldade no uso dos medicamentos (23%) e somente 16,3% ofereciam o serviço aos usuários que solicitaram. Sobre a interação com outros profissionais do cuidado, identificou-se uma frequência inferior a 50% entre médicos e enfermeiros, os principais citados na realização conjunta das atividades.

Ramalho de Oliveira (2011), afirma que, usualmente, qualquer processo de cuidado inclui um paciente e um profissional qualificado que assume responsabilidades pelas intervenções que realiza e pelos resultados obtidos através de um encontro face a face e de um serviço consistente, contínuo e oferecido de maneira padronizada. Em todo o caso, o processo de cuidado avalia as necessidades individuais dos pacientes,

desenvolve um plano que atenda a essas necessidades e acompanha a estes para avaliar seus resultados.

Nas políticas farmacêuticas analisadas no artigo1 desta tese, as atividades clínicas com a finalidade de identificar, prevenir e solucionar problemas farmacoterapêuticos definiam padrões de prática utilizando as etapas descritas acima. No processo de cuidado na atenção farmacêutica se utiliza um método clínico em que o farmacêutico utiliza um conjunto de técnicas e conhecimentos para avaliar pacientes e identificar e solucionar/prevenir problemas farmacoterapêuticos (RAMALHO DE OLIVEIRA, 2011). A utilização desse método clínico possibilita a comunicação e cooperação interprofissional.

No Brasil, a PNAUM (BRASIL, 2015), inquiriu sobre os registros farmacêuticos das atividades clínicas, um dado relevante da realização da atividade pelo farmacêutico. Toda atividade clínica realizada por qualquer profissional do cuidado (médico, enfermeiros etc.) deve ser registrada. O percentual de registros encontrados na atenção básica não é compatível com os padrões exigidos em políticas farmacêuticas observadas em distintos países (artigo 1).

O trabalho conjunto do farmacêutico com outros profissionais foi encontrado em maior frequência com médicos e enfermeiros. Porém, não foi possível verificar os termos e a qualidade dessa interação. Em países como Austrália, Estados Unidos, Reino Unido e Canadá, as políticas de atenção farmacêutica estimulam os farmacêuticos a buscarem essa cooperação, pois além de promover a resolução dos problemas farmacoterapêuticos, também estimulam o uso racional de medicamentos (artigo1) e ainda a integralidade do cuidado; também exige que os profissionais se articulem para atender com melhores resultados as necessidades de saúde dos usuários de medicamentos. Esta articulação depende da troca de informações sobre a farmacoterapia desses usuários, suas necessidades de cuidados continuados identificadas pelos profissionais responsáveis por seu cuidado. Contudo, não se resume à troca de informações, e sim a uma forma de facilitar o trabalho conjunto e centrado no paciente (CIPOLLE, MORLEY, STRAND, 2012; 1998; GRABOIS, 2011).

A pouca racionalidade na oferta do serviço clínico, destinado em maior proporção a todos os usuários, é um fator que compromete o processo de cuidado. Se não existe um dimensionamento adequado entre o tempo que o farmacêutico dispõe

para essa atividade e o número de usuários que necessitam do serviço, não é possível assegurar o mesmo padrão de atendimento a todos os pacientes, o que compromete o resultado e fere as premissas filosóficas da atenção farmacêutica.

### **Gestão da atenção farmacêutica**

O quadro 2 apresenta os resultados da PNAUM na busca pela identificação dos serviços farmacêuticos clínicos na atenção básica no Brasil. Foi possível verificar que as atividades desta natureza são incipientes e desiguais entre as regiões e que a participação dos farmacêuticos na atenção básica é reduzida, o que compromete a ocorrência dos serviços clínicos. Predominam as atividades centradas na gestão do medicamento, além de a infraestrutura ser inadequada para realização dessas atividades.

Constatou-se que o marco legal que trata da atenção farmacêutica no Brasil é difuso. Ainda não há políticas farmacêuticas que expressem de maneira clara os valores, atitudes, responsabilidades, compromissos e limites que configurem os serviços clínicos e que descrevam padrões mínimos para a realização dos serviços de atenção farmacêutica que sejam aplicáveis e reproduzíveis em qualquer serviço em que o farmacêutico atuar. Também não há referência a financiamento para o desenvolvimento desses serviços.

A gestão da atenção farmacêutica diz respeito à oferta e manutenção do serviço com o objetivo de promover continuidade e ampliação de sua oferta. Na gestão de um serviço questões como planejamento de recursos (físicos, materiais, de organização da força de trabalho), regulamentações, avaliação da qualidade das ações empreendidas e suas correções, são essenciais. A oferta de serviços clínicos voltados ao cuidado não se dá espontaneamente; como afirma Grabois, “antes é preciso combinar a intencionalidade de concretizar um modelo de atenção voltado às necessidades e riscos dos pacientes com a capacidade de identificar recursos e combiná-los em centenas de variações possíveis, de forma planejada e pactuada entre os responsáveis pela oferta destes recursos” (GRABOIS, 2011, p.161).

Na gestão do serviço de atenção farmacêutica no Brasil há que se considerar e incorporar valores e princípios do SUS que incluam, sobretudo, valores da gestão participativa. Baseado na revisão de literatura sobre o tema (artigo 1), os elementos de um processo de gestão devem incluir: 1) definição clara da missão, visão, objetivos e políticas institucionais; 2) profissional farmacêutico que compreende e aceita suas novas

responsabilidades; 3) especifica todos os recursos necessários para prestar o serviço (físicos, econômicos e humanos); 4) estabelece meios efetivos e eficientes para beneficiar o maior número de pacientes, 5) define meios para avaliar o serviço; 6) possui um sistema de documentação da prática; e 7) busca meios de financiamento/remuneração profissional.

A ausência de políticas com a finalidade de implantar e implementar serviços de atenção farmacêutica no SUS em geral e na atenção básica em particular contribui para explicar o grau de improvisação percebida entre os que afirmaram realizar essas atividades na atenção básica (BRASIL, 2015). Quando foram analisadas as políticas farmacêuticas dos países do estudo foram encontradas políticas planejadas, em quase todos; em alguns casos, também leis sobre esses serviços. No Brasil, ao contrário do observado nesses países, não há definição de missão, visão ou mesmo objetivos formulados para institucionalizar esses serviços.

Ao caracterizar os serviços farmacêuticos clínicos na atenção básica (BRASIL, 2015), constatou-se que estes serviços são tanto incipientes quanto existem desigualmente entre as regiões do país. Apenas um pouco mais de 30% dos responsáveis pela entrega de medicamentos eram farmacêuticos e entre estes, um pouco mais de 20% afirmaram realizar atividades de natureza clínica. A PNAUM também revelou que a participação dos farmacêuticos na atenção básica ainda é pouco expressiva, o que afeta a realização de atividades farmacêuticas clínicas. Encontrou-se um conjunto de dificuldades atinentes aos recursos necessários a essas atividades, desde problemas estruturais até insuficiente qualificação farmacêutica.

Desse modo, pode-se constatar que os resultados desta investigação demonstram significativo distanciamento do postulado na literatura para serviços farmacêuticos clínicos. Os problemas encontrados dizem respeito aos desafios para a qualificação da atenção básica. Cavalcanti, Oliveira Neto e Sousa (2015) destacam que os problemas relevantes da atenção básica, apontados por gestores, estão relacionados aos recursos humanos disponíveis para atuar na estratégia de saúde da família de maneira geral, e que não diz respeito apenas à escassez e insuficiência de profissionais, mas também ao seu despreparo e precária qualificação para atender às exigências desse modelo de atenção – que envolve diversificada e complexa realidade sanitária, que, por isso mesmo



demanda profissionais com conhecimentos e habilidades para atuar junto ao indivíduo, às famílias e às comunidades.

A realidade da força de trabalho farmacêutica insuficiente e pouco qualificada terá reflexos nos serviços farmacêuticos em geral e nos serviços clínicos. No Brasil, o Ministério da Saúde tem compreendido a atenção farmacêutica ou o cuidado farmacêutico enquanto um conjunto de ações de educação em saúde, que incluem atividades de educação permanente para a equipe de saúde, atividades de promoção da saúde e do uso racional de medicamentos, desenvolvidas por meio de atividades assistenciais e técnico-pedagógicas. Destacam-se, ademais, as atividades de caráter logístico que visam assegurar a disponibilidade e o acesso aos medicamentos essenciais, também de atribuição dos farmacêuticos (BRASIL, 2014).

Os achados da PNAUM (BRASIL, 2015), revelaram os farmacêuticos que afirmaram realizar atividades de natureza clínica, o fazem concomitantemente com outras atividades, principalmente aquelas centradas no medicamento e nas funções legais, isso observado em todas as regiões. Esses achados, quando comparados aos motivos para a não realização das atividades clínicas revelam que quase 45% dos farmacêuticos afirmam não realizá-las por falta de tempo e mais da metade diz que nunca foi solicitada a desenvolver essa atividade. Mais de 65% dos farmacêuticos que afirmaram realizar atividades clínicas informaram que tiveram capacitação/treinamento para tal, mas o estudo não identificou o tipo de treinamento, o tempo dispendido, nem a instituição que o proveu.

Na análise das políticas farmacêuticas de países com sistema de saúde semelhante ao brasileiro (artigo 1), foram observadas medidas para estimular e ampliar a oferta dos serviços de atenção farmacêutica. Entre essas, financiamento específico para essas atividades, treinamento e capacitação inicial e continuada dos farmacêuticos e o envolvimento de instituições de ensino e associações farmacêuticas. Os ministérios da saúde naqueles países também atuaram na definição de padrões mínimos de prática para os serviços de atenção farmacêutica e, para exercê-la, os farmacêuticos deveriam obter licença e a realizavam de forma exclusiva, na maioria desses países.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Ao se identificarem-se as aproximações e distanciamentos das atividades clínicas desenvolvidas na atenção básica do SUS em relação à atenção farmacêutica é possível

concluir que apesar da incipiente institucionalização dos serviços farmacêuticos clínicos no SUS é possível reconhecer alguns elementos relacionadas à filosofia da atenção farmacêutica, ao processo de cuidado e à gestão, categorias analíticas selecionadas para este estudo. No tocante à filosofia da atenção farmacêutica, considera-se que a PNAF pode ter contribuído para, em alguma medida, imprimir um sentido de valor e reponsabilidade que a atenção farmacêutica assumiria no contexto da assistência farmacêutica. Ao se considerar que as denominações atribuídas aos serviços farmacêuticos de natureza clínica, em alguma medida, expressem o que os farmacêuticos pensam sobre o que fazem, ou que acreditam dever fazer, essas denominações poderiam expressar o sentido de valor, de funções, atividades que se deve realizar e as responsabilidades assumidas. É possível que a ideia da atenção farmacêutica vinculada a múltiplas atividades que podem ser desenvolvidas pelos farmacêuticos (orientação, educação em saúde, reconciliação de medicamentos, entre outras) contribua para dificultar a formação de um entendimento compatível com o que está expresso na literatura e em experiências alhures.

Alguns problemas para organizar serviços de atenção farmacêutica terão íntima relação com problemas sobre os serviços farmacêuticos em geral. A PNAUM, no que se refere à institucionalização da assistência farmacêutica na atenção básica no Brasil (BRASIL, 2015) identificou que este é um processo em construção com avanços importantes, porém com diversos aspectos ainda não sedimentados. Adicionalmente, os gestores, em sua maioria, sobrevalorizam atividades ligadas às ações gerenciais, ou seja, à gestão técnica do medicamento, em lugar de atividades mais centradas nos usuários de medicamentos, ou voltadas ao cuidado (PEREIRA, LUIZA, CRUZ, 2015).

Essa percepção é também compartilhada, em alguma medida, pelos farmacêuticos, que, apesar de atribuírem importante valor aos serviços clínicos (BRASIL, 2015), entendem sua atividade como burocrática, por causa das diversas funções administrativas que exerce; essa percepção é compartilhada com os prescritores (LIMA-DELLAMORA, CAETANO, OSORIO-DE-CASTRO, 2012). O entendimento centrado no medicamento pode condicionar atitudes e comportamentos desses profissionais e, ainda que desejem praticar algo diferente, a valoração das atividades se expressará na escolha do que é mais importante fazer.

O estudo apresentou ainda os resultados de inadequações relacionadas à falta de estrutura física que promova um processo de cuidado adequado, além de desproporcional relação da força de trabalho necessária ao desenvolvimento das ações relacionadas à atenção farmacêutica e demais atividades. Assim, o enfrentamento do problema da sobrecarga de trabalho associada à baixa institucionalização dos serviços farmacêuticos compete com os resultados e alcance das atividades com enfoque nos usuários (OPAS/OMS, 2013), o que deve ser considerado pelos formuladores de políticas no Brasil.

Os passos para aproximar a realidade dos serviços farmacêuticos clínicos existentes na atenção básica, no Brasil, vão em direção a mudanças que incluam desde melhorias estruturais no atendimento dos serviços relativos à gestão do medicamento até aquelas relativas ao acesso ao atendimento clínico-assistencial. É importante conhecer e incentivar experiências exitosas que levam ao avanço dos serviços farmacêuticos na atenção básica, em especial aos serviços de atenção farmacêutica. Ressalta-se que a qualificação dos serviços farmacêuticos não envolve apenas mudanças nas práticas dos farmacêuticos. Ela exige, também, a qualificação da assistência farmacêutica, especialmente na atenção básica, sobretudo no que diz respeito ao novo enfoque dos serviços farmacêuticos centrados nos usuários de medicamentos.

## REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, A.L.A; UETA, J.M.; FREITAS, O. Assistência farmacêutica como um modelo tecnológico em atenção primária à saúde. **Rev. Ciênc. Farm. Básica Apl.**, v. 26, n.2, p. 87-92, 2005. ISSN 1808-4532
- BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Resolução no 338, de 6 de maio de 2004**. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Brasília, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.214, de 13 de junho de 2012. Institui o Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (QUALIFAR-SUS). **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília/DF, 14 jun. 2012. Seção 1, p. 19. Disponível em: <[bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1214\\_13\\_06\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1214_13_06_2012.html)>. Acesso em: 14 10. 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Seminário da pesquisa nacional sobre acesso e promoção do uso racional de medicamentos** (PNAUM). Brasília, DF, 9 dez. 2015. (Folder). Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/pnaum/projeto-1/arquivos/pnaum-primeiros-resultados>>. Acesso em: 6 jul. 2016.

CANABARRO, Isabel Machado; HAHN, Siomara. Panorama da Assistência Farmacêutica na Saúde da Família em município do interior do Estado do Rio Grande do Sul. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, 18(4):345-355, out-dez 2009. p. 345-355.

CAVALCANTI, Pauline Cristine da Silva; OLIVEIRA NETO, Aristides Vitorino de, de SOUSA, Maria Fátima. Quais são os desafios para a qualificação da Atenção Básica na visão dos gestores municipais? **Saúde Debate** | Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p.323-336, abr-jun 2015.

CIPOLLE RJ, STRAND LM, MORLEY PC. **Pharmaceutical Care Practice: The patient-centered approach to medication management**. 3rd. ed. New York: McGraw-Hill; 2012.

CIPOLLE, R.; MORLEY, P.; STRAND, L. The philosophy of pharmaceutical care. In: CIPOLLE, R.; MORLEY, P.; STRAND, L. **Pharmaceutical Care Practice**. Minnesota: McGraw-Hill, 1998. p. 17-19.

COSTA, Evandro Medeiros; RABELO, Aneide Rocha de Marcos; de LIMA, José Gildo. Avaliação do papel do farmacêutico nas ações de promoção da saúde e prevenção de agravos na atenção primária. **Rev Ciênc Farm Básica Apl.**, 2014;35(1):81-88. ISSN 1808-4532.

ESPAÑA. Ministério de Sanidad y Consumo. **Consenso sobre Atención Farmacéutica**. Madrid: Ministério de Sanidad y Consumo; 2001.

GIOVANELLA, L; MENDONÇA, M. H. M. Atenção Primária à Saúde. In: GIOVANELLA, Lúcia et al. (org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2. ed. rev. e amp. / Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012. 493-545p. ISBN: 978-85-7541-417-0.

GRABOIS, V. Gestão do cuidado. In: GONDIM R, GRABOIS V, MENDES JUNIOR WV, organizadores. **Qualificação dos Gestores do SUS**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz/ENSP/EAD; 2011. p.153-190. Disponível em: <<http://www4.ensp.fiocruz.br/biblioteca/home/exibedetalhesBiblioteca.cfm?ID=12547&Tipo=B>> Acesso em: 12 out. 2016.

HEPLER, C.D., STRAND, L.M. Opportunities and Responsibilities in Pharmaceutical Care. **Am J Hosp Pharm**. 1990 Mar; 47: 533-43.

ISETT, Brian J. Medication Therapy Management Services. In: FULDA, Thomas R., LYLES, Alan, WERTHEIMER, Albert I. **Pharmaceutical Public Policy**. CRC Press. Flórida. Taylor e Francis Group. 2016. ISBN 13:978-1-49874851-3

LEFÈVRE, F. **O medicamento como mercadoria simbólica**. Coleção Pensamento Social e Saúde. Vol. 6. São Paulo: Cortez. 1991

LIMA-DELLAMORA, E. da C; CAETANO, R; OSORIO-DE-CASTRO, C. G. S. Dispensação de medicamentos do componente especializado em polos no Estado do Rio de Janeiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, 17(9): 2387-2396, 2012.

LIMA-DELLAMORA, Elisângela da Costa; CAETANO, Rosângela; OSORIO-DE-CASTRO, Claudia Garcia Serpa. Dispensação de medicamentos do componente especializado em polos no Estado do Rio de Janeiro. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 17, n. 9, p. 2387-2396, Sept. 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232012000900019&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000900019&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 24 Sept. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000900019>.

NASCIMENTO JR, José Miguel. A assistência farmacêutica como direito a preservar. **J Assist Farmac Farmacoecon**, v. 1, n. 1, p. 6-8, abr-jun, 2016.

OPAS/OMS. **Servicios farmacêuticos basados en la atención primaria de salud**. Documento de posición de la OPS/OMS. Washington, DC: OPS, 2013. (La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas, n. 6).

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE - OPAS. **Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica**: Proposta. Brasília, Organização Pan-americana De Saúde, 24 p, 2002.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE SALUD. **El papel del farmacéutico en la atención a la salud**: declaración de Tokio, Ginebra, 1993.

PAIM, J. et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet**, London, maio 2011. Disponível em: <<http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor1.pdf>>. Acesso em: 09 out. 2016.

PEREIRA, N. C.; LUIZA, V. L.; CRUZ, M. M. Serviços farmacêuticos na atenção primária no município do Rio de Janeiro: um estudo de avaliabilidade. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v 39, N. 105, p.451-468, abr-jun 2015.

RAMALHO DE OLIVEIRA, Djenane. Experiência Subjetiva com a utilização de medicamentos (Medication Experience): Conceito fundamental para o profissional da Atenção Farmacêutica. **Revista Racine**, Sao Paulo, p. 90 - 96, 05 nov. 2009.

RAMALHO DE OLIVEIRA, Djenane. Atenção Farmacêutica e serviços farmacêuticos. In: Francisco de Assis Acúrcio. (Org.). **Medicamentos - Políticas, Assistência Farmacêutica, Farmacoepidemiologia e Farmacoeconomia**. 1ed. Belo Horizonte: COOPMED, 2013, v. 1, p. 1-320.

RAMALHO DE OLIVEIRA. **Atenção Farmacêutica**: Da filosofia ao gerenciamento da terapia medicamentosa. São Paulo. Editora Racine. 2011. 328 p.

YORDANOVA, S; PETKOVA, V. Pharmaceutical care in some european countries, Australia, Canada and USA. **World Journal Of Pharmacy And Pharmaceutical Sciences**. Volume 2, Issue 5, 2291-2308. Research Article ISSN 2278 – 4357.

ZULUAGA, G. C. R. **A assistência farmacêutica e a atenção primária à saúde**: coordenação, integralidade e continuidade do cuidado na Dispensação e Atenção Farmacêutica no Brasil. 2013. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2013.

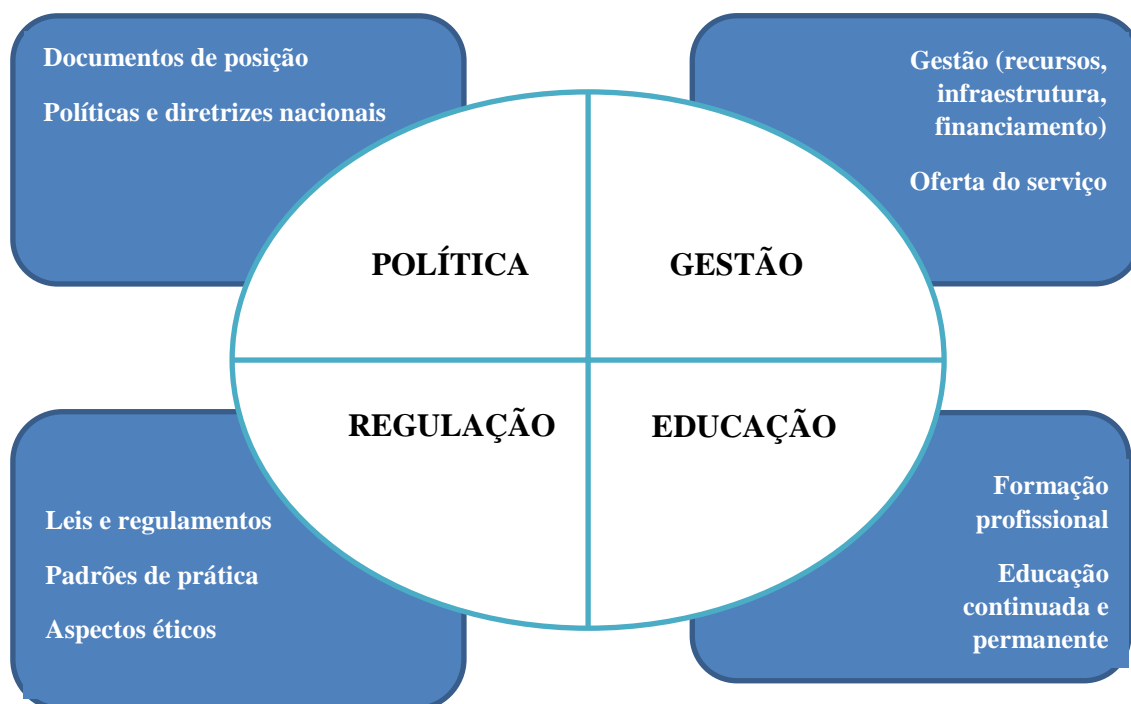
## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir do conjunto de artigos apresentados nesta investigação algumas considerações são possíveis acerca dos principais achados, tanto com relação à revisão do estado da arte da atenção farmacêutica e à análise das políticas farmacêuticas voltadas a essa prática em alguns países, quanto à implementação desse serviço na atenção básica no Brasil.

Foi possível verificar avanços significativos no que concerne a institucionalização da atenção farmacêutica em alguns países, embora todos evidenciassem problemas e dificuldades relacionadas à sua implantação, principalmente no tocante ao acesso dos pacientes, à necessidade de incentivar mais farmacêuticos a atuarem como provedores de cuidado, no estabelecimento de padrões de prática que assegurassem maior unicidade ao serviço e remuneração de farmacêuticos por esta atividade.

Também se observou que alguns fatores foram preponderantes para o maior ou menor êxito desses serviços e se inserem nas dimensões política, de gestão, de educação e de regulação (Figura 2).

**Figura 2: Fatores críticos para realização de serviços farmacêuticos de atenção farmacêutica**



Adaptado de OPAS/OMS (2013)

A dimensão política mostrou grande importância na consolidação de serviços de atenção farmacêutica. Nesse processo a entrada dos problemas decorrentes da morbimortalidade relacionada ao uso dos medicamentos na agenda política dos governantes, deflagrou o processo para formulação de políticas. Para isso, foi proposto um marco teórico e metodológico compatível com a implementação de serviços de atenção farmacêutica.

No processo político de implementação dessas políticas, em experiências avançadas ocorreu, a participação de órgãos de classe profissional, universidades e mesmo representantes do segmento farmacêutico (comércio e indústria), além dos gestores e representantes políticos, o que demonstra o campo de negociações na implantação de políticas públicas de saúde, em particular as que envolvem medicamentos. Essas negociações promoveram interessantes desdobramentos para enfrentamento de conflitos e disputas que guardam estreita relação com os sistemas de proteção social de cada país.

Outro fator crítico para a realização dos serviços de atenção farmacêutica é a dimensão de gestão. Nessas políticas foram incluídos elementos de monitoramento e avaliação e o cumprimento de ações e metas definidas. Assegurar recursos de estrutura, equipamentos, pessoal, e, sobretudo financiamento, foram essenciais para a implementação das mudanças. O processo de definição do modelo, da organização, bem como a maneira como esses serviços seriam oferecidos, executados e de que forma estariam integrados aos respectivos sistemas de saúde também foi considerado nas experiências exitosas. Na dimensão das práticas, as atividades dos farmacêuticos envolvidos eram circunscritas a de um profissional generalista e apto a responder às necessidades farmacoterapêuticas gerais dos usuários dos sistemas. Foram instituídos ainda, padrões mínimos para caracterizar a atividade e para promover a avaliação do tipo de serviço fornecido e sua qualidade.

O outro elemento crítico relaciona-se com a dimensão educacional. Assumir responsabilidades pelos problemas farmacoterapêuticos exige dos farmacêuticos, competências e habilidades de natureza diversa daquela tradicionalmente presente em sua formação. Mudanças curriculares na educação formal que promovam o desenvolvimento dessas competências e habilidades foram também ressaltadas. Além

disso, observou-se estreita relação com as associações profissionais e universidade para promover educação dos farmacêuticos.

Uma dimensão regulatória para esses serviços foi encontrada também como relevante, principalmente por estabelecer regulamentos para atividades com missão, responsabilidades, funções e atividades distintas daquelas centradas no medicamento. Além disso, também foi observado como necessário definir padrões de prática profissional para possibilitar o monitoramento da realização dessas atividades com as implicações éticas que envolvem.

Essas dimensões contribuem para a compreensão do reduzido avanço dos serviços farmacêuticos clínicos no Brasil e, em que medida é possível identificar pontos críticos da sua pequena expressão. Considera-se fundamental elaborar uma política formal que estabeleça objetivos, ações, recursos necessários e financiamento para estimular esses serviços. Mudar a característica de improvisação e informalidade desses serviços no país exige medidas políticas mais estruturadas e formais.

Na maior parte das experiências de implantação de serviços, observou-se, que os sistemas de saúde incentivaram o desenvolvimento de projetos de pesquisa em parceria com estudiosos da área com o objetivo de avaliar os seus resultados. Desse modo, recomenda-se que o Ministério da Saúde, no Brasil, promova e estimule experiências conduzidas pelos diversos grupos de pesquisa no país, baseadas em marcos teórico-metodológicos, e que avaliem os resultados e alcance das experiências com esses serviços. Desse modo, será possível avançar na discussão sobre a atenção farmacêutica, pois é preciso, antes de tudo, praticá-la e estabelecer os padrões de prática essenciais à conformação desses serviços, conferindo-lhes um sentido de unicidade que caracteriza uma prática profissional.

As políticas farmacêuticas no Brasil estão circunscritas no âmbito da Política de Saúde do país que compreende a saúde como direito universal e integral às ações e serviços de saúde. As políticas farmacêuticas como decisão (ação ou omissão) do Estado em relação à questão dos medicamentos expressarão dimensões de poder na conformação da agenda, na formulação, na condução, na implementação e na avaliação dessas políticas. Por isso, a mudança de enfoque de serviços farmacêuticos centrados no produto – o medicamento – para serviços que tenham o usuário de medicamentos como centro de suas ações não é um processo simples, é antes disso uma questão complexa,



permeada por disputas que se estabelecem em relações com políticas econômicas e sociais, controle social, economia da saúde e financiamento.

Os serviços farmacêuticos estão inseridos em um sistema específico de saúde e por isso guarda íntima relação com os princípios e valores éticos que o sustentam e que compõem um sentido de integralidade desses sistemas. Por esse motivo, cada serviço de atenção farmacêutica desenvolvido deve incorporá-los. A OPAS/OMS (2013) afirmam que o acesso com equidade aos serviços farmacêuticos tem como ponto de partida a formulação, implementação e avaliação de políticas públicas na área farmacêutica, que sejam integrantes das políticas de saúde desenvolvidas de acordo com o sistema de proteção social e que esses serviços seriam ainda orientados pela atenção primária à saúde, mas também estabeleceriam relações com os demais níveis de atenção à saúde.

Na introdução deste trabalho algumas questões foram formuladas como esforço de aproximação ao objeto de investigação. Questionou-se: se os serviços de dispensação de medicamentos eram estruturados para que a atenção farmacêutica pudesse ocorrer de forma sistemática; sobre a força de trabalho necessária para realizar atividades relacionadas à atenção farmacêutica; quanto à existência de um processo de trabalho sistemático realizado pelos farmacêuticos e como ele se caracterizaria; quais os fatores que dificultariam ou favoreceriam a realização da prática da atenção farmacêutica.

Pode-se considerar que essas questões foram respondidas em alguma medida, mas é exigido esforço para que novos estudos dêem continuidade às reflexões desenvolvidas nesse trabalho e que novas perguntas sejam respondidas, especialmente aquelas relacionadas a demandas dos usuários por esses serviços de atenção farmacêutica e que procurem compreender as estratégias utilizadas por eles para satisfazer necessidades relacionadas ao uso dos medicamentos.

A prática farmacêutica é uma prática de saúde e por isso uma prática social e enquanto prática social é histórica e, portanto tem que ser compreendida a partir de seu objeto de trabalho (o medicamento) que por sua vez é dinâmico e histórico. Ao contextualizarmos essa prática é relevante situar a atenção farmacêutica com seus elementos de natureza filosófica – que buscam atender necessidades de saúde específicas dos pacientes – bem como os aspectos relativos ao processo de cuidar na perspectiva da clínica individualizada em que, a definição de padrões de prática é importante. As análises sobre essa prática parecem indicar interessante potencial de

operar mudanças não apenas nos processos de trabalho, mas também no modo de produzir cuidado, onde se pretende alterar o enfoque unicamente centrado no medicamento para um processo mais criativo centrado nas realções e necessidades dos pacientes, naquilo que Merhy (2002) define como “trabalho vivo em ato”.

É possível ainda questionar os limites dos farmacêuticos, isoladamente, mudarem sua prática se não estiverem amparados – do ponto de vista da organização do trabalho – pelos processos e recursos que lhe possibilitem atuar na atenção farmacêutica. Sabe-se que a organização tanto pode facilitar como pode dificultar essa prática transformadora. Essa prática, enquanto prática social, não depende apenas do indivíduo ela deve ser incorporada como política de Estado, como política das organizações, como política de formação. É preciso questionar se os projetos políticos pedagógicos nos aproximam dessa prática ou nos distanciam dela? Quais seriam os determinantes para que essa prática não fique confinada apenas aos interesses corporativistas dos farmacêuticos, mas seja uma prática social incorporada às práticas de saúde. A atenção farmacêutica enquanto prática não vai se institucionalizar apenas pela vontade dos indivíduos, mas pela intervenção das políticas.

Apesar de a conjuntura atual no país está repleta de incertezas para a sociedade e em particular para a saúde, é importante continuar a trabalhar pela consolidação do SUS em toda sua plenitude, sem perder nenhum dos direitos assegurados na Constituição pactuada em 1988.

## REFERÊNCIAS

- ANGONESI, Daniela; SEVALHO, Gil. Atenção Farmacêutica: fundamentação conceitual e crítica para um modelo brasileiro. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 3, p. 3603-3614, Nov. 2010. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232010000900035&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000900035&lng=en&nrm=iso)>. access on 23 Aug. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000900035>
- ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada – **RDC nº 44, de 17 de agosto de 2009**. Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências. Disponível em: <[http://cfo.org.br/wp-content/uploads/2010/02/180809\\_rdc\\_44.pdf](http://cfo.org.br/wp-content/uploads/2010/02/180809_rdc_44.pdf)> Acesso em 16 out. 2016.
- ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Parcerias para diminuir o mau uso de medicamentos. **Rev. Saúde Pública**. 2006; 40(1):191-194.
- ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Sistema de Notificações em Vigilância Sanitária — NOTIVISA. Relatórios. **Relatório gerencial dos eventos adversos e das queixas técnicas com todos os produtos**. Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária; 2014. Disponível em:<<http://www.anvisa.gov.br/hotsite/NOTIVISA/relatorios/index.htm>>. Acesso em: 04 de ago. 2016.
- ARRAIS, P.S.D. et al. Perfil da automedicação no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, 31(1), 1997.
- BARRETO, J.L.; GUIMARÃES, M.C.L. Avaliação da Gestão Descentralizada da Assistência Farmacêutica Básica em Municípios Baianos, Brasil. **Cad Saúde Pública**. 2010; 26(6):1207-20.
- BARROS, José A. **Propaganda de medicamentos: atentado à saúde?** São Paulo: HUCITEC/Sobravime. 1995.
- BEHRING, Elaine Rossetti. BOSCHETTI, Ivanete. **Política Social: fundamentos e história**. 6º ed - São Paulo: Cortez, 2009.
- BERMUDEZ, Jorge Antônio Z; OLIVEIRA, Maria Auxiliadora; LUIZA, Vera Lúcia. Assistência Farmacêutica. In: GIOVANELLA, Lígia et al. (org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2. ed. rev. e amp. / Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012. 657-685. p. ISBN: 978-85-7541-417-0.
- BOBBIO, Norberto. A teoria do ordenamento jurídico. In: **O positivismo jurídico: lições de filosofia do direito**. São Paulo: Editora Ícone, 1995.
- BULAJEVA, A; LABBERTON, L; LEIKOLA, S; POHJANOKSA-MÄNTYLÄ, M; GEURTS, M.M.E; GIER J.J. de., AIRAKSINEN, M. Medication review practices in European countries. **Research in Social and Administrative Pharmacy**. 2014. v10. p 731–740.

BUSS, P. M. **Promoção da Saúde e Saúde Pública**. Rio de Janeiro: ENSP. 1998 (mimeo.)

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Portaria no 3.916/GM, de 30 de outubro de 1998**. Aprova a Política Nacional de Medicamentos, cuja íntegra consta do anexo desta Portaria. Brasília, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Resolução no 338, de 6 de maio de 2004**. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Portaria SAS/MS N°863/2002. Aprova o **Protocolo clínico e Diretrizes Terapêuticas**. Brasília, 2010. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos\\_clinicos\\_diretrizes\\_terapeuticas\\_v1.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_clinicos_diretrizes_terapeuticas_v1.pdf)> Acesso em 30.03.2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo de assistência farmacêutica em DST/HIV/Aids** : recomendações do Grupo de Trabalho de Assistência Farmacêutica Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010b. Acesso em; 30.03.2014. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo\\_assistencia\\_farmaceutica\\_aids.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_assistencia_farmaceutica_aids.pdf)

BRASIL. Ministério da Saúde. **Seminário da pesquisa nacional sobre acesso e promoção do uso racional de medicamentos** (PNAUM). Brasília, DF, 9 dez. 2015. (Folder). Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/pnaum/projeto-1/arquivos/pnaum-primeiros-resultados>>. Acesso em: 6 jul. 2016.

CIPOLLE, C.L; CIPOLLE, R.J; STRAND, L.M. Consistent standards in medication use: the need to care for patients from research to practice. **J Am Pharm Assoc**. 2006 Mar-Apr;46(2):205-12.

CIPOLLE, R.; MORLEY, P.; STRAND, L. The philosophy of pharmaceutical care. In: CIPOLLE, R.; MORLEY, P.; STRAND, L. **Pharmaceutical Care Practice**. Minesotta: McGraw-Hill, 1998. p. 17-19.

CIPOLLE, R. J., L. M. STRAND, MORLEY, P. **Pharmaceutical Care Practice: The Clinician's Guide**. New York. 2004.

COELHO, Clair Castilhos. **Acesso, Qualidade e Humanização na Assistência Farmacêutica com Controle Social**, 2001. Disponível em: <[http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:Yaf2sptLYtMJ:conselho.saude.gov.br/conferencia/docs/texto\\_reflexao.doc+&cd=1&hl=en&ct=clnk&gl=br](http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:Yaf2sptLYtMJ:conselho.saude.gov.br/conferencia/docs/texto_reflexao.doc+&cd=1&hl=en&ct=clnk&gl=br)> Acesso em 25 jan. 2014.

dos PASSOS, Márcia Maria Barros; TRAMONTANO, Lucas; de SOUZA, Renata Mendes. Controle social e assistência farmacêutica no Sistema Único de Saúde: a percepção dos conselheiros usuários das regiões metropolitanas do Rio de Janeiro . **Rev. Bras. Farm.** 92(4): 279-286, 2011.

COMITÉ DE CONSENSO: Grupo De Investigación En Atención Farmacéutica - Universidad De Granada (España). Grupo De Investigación En Farmacología - Universidad De Granada (España). Fundación Pharmaceutical Care España. Sociedad

Española De Farmacia Comunitaria. Tercer Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM) y Resultados Negativos asociados a la Medicación (RNM). **Ars Pharm.** 2007; 48 (1): 5-17.

COSTA E. A. **Vigilância Sanitária: proteção e defesa da saúde.** 2ª ed. aum. São Paulo: Sobravime, 2004.

DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Alma-Ata, URSS, 6-12 set. 1978.

ERNST, F.R.; GRIZZLE, A.J. Drug-related morbidity and mortality: updating the cost-of-illness model. **J Am Pharm Assoc** (Wash). 2001 Mar-Apr;41(2):192-9.

FAMÍLIAS bancam 90% dos medicamentos consumidos em casa, mostra pesquisa do IBGE. Gazeta do Povo, Seção Economia, Curitiba, 09 dez. 2009. Disponível em: <<http://www.gazetadopovo.com.br/economia/familias-bancam-90-dos-medicamentos-consumidos-em-casa-mostra-pesquisa-do-ibge-eb5lj66q7t1euo9xl0zozn03y>>. Acesso: 23 set. 2016.

FLEURY, Sonia; OUVÉRY, Assis M. Política de Saúde; Uma Política Social. In: GIOVANELLA, I; ESCOREL, S; LOBATO, L. V. C; NORONHA, J. C; CARVALHO, A. I. (ORG's). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil.** Rio de Janeiro - R. J. Fiocruz, 2008. p. 23 – 64.

FLEURY, Sonia. Coesão e Seguridade Social. In: LOBATO, Lenaura de V. C; FLEURY (Org's), Sonia. **Seguridade Social, Cidadania e Saúde.** CEBES. Rio de Janeiro – R. J. 2009.

FLEURY, Sônia. **Estado sem cidadãos: seguridade social na América Latina/** Sônia Fleury. - Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994. 252p.

GADELHA, Carlos Augusto Grabois. Complexo Industrial da Saúde: desafios para uma política de inovação e desenvolvimento. In: GUIMARÃES, R. e ANGULO-TUESTA, Antônia. **Saúde no Brasil - Contribuições para a Agenda de Prioridades de Pesquisa/Ministério da Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

GARCIA, Leila Posenato et al. **Dimensões do acesso a medicamentos no Brasil: perfil e desigualdades dos gastos Das famílias, segundo as pesquisas de Orçamentos familiares 2002-2003 e 2008-2009.** Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada.- Brasília : Rio de Janeiro : Ipea, 2013.

GIOVANNI, G. **A questão dos remédios no Brasil: Produção e consumo.** São Paulo: Polis, 1980.

GUERRA, Augusto A. J.; ACÚRCIO, Francisco de A. Política de Medicamentos e Assistência Farmacêutica. In: ACÚRCIO, Francisco de Assis. (Org.). **Medicamentos - Políticas, Assistência Farmacêutica, Farmacoepidemiologia e Farmacoeconomia.** 1ed. Belo Horizonte: COOPMED, 2013, v. 1, p. 1-320.

HEPLER, C.D., STRAND, L.M. Opportunities and Responsibilities in Pharmaceutical Care. **Am J Hosp Pharm.** 1990 Mar; 47: 533-43.

HÖFLING, Eloisa De Mattos. Estado E Políticas (Públicas) Sociais. **Cadernos Cedex**, ano XXI, nº 55, novembro/2001. Pp 30-41.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Conta-satélite de saúde Brasil: 2010-2013**. Coordenação de Contas Nacionais. Rio de Janeiro. 2015.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa de Orçamentos Familiares 2002-2003**: primeiros resultados, Brasil e grandes regiões. Rio de Janeiro, 2004.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA . **Conta-satélite de saúde Brasil: 2005-2007**. Coordenação de Contas Nacionais. - Série: Coleção Ibgeana; Rio de Janeiro. 2009 . 102p.

ISETTS, B. J. Pharmaceutical Care, MTM, & Payment: The Past, Present, & Future. **Annals of Pharmacotherapy**. 2012. 46(4): S47-S56.

ISETTS, Brian J. Medication Therapy Management Services. In: FULDA, Thomas R., LYLES, Alan, WERTHMEIMER, Albert I. **Pharmaceutical Public Policy**. CRC Press. Flórida. Taylor e Francis Group. 2016. ISBN 13:978-1-49874851-3

JOHNSON, J. A.; BOOTMAN, J. L.. Drug-Related Morbidity and Mortality - a Cost-of-Illness Model. **Archives of Internal Medicine**. 1995. 155(18): 1949-1956.

LEFÈVRE, F. **O medicamento como mercadoria simbólica**. Coleção Pensamento Social e Saúde. Vol. 6. São Paulo: Cortez. 1991

LEITE, Silvana Nair; VASCONCELLOS, Maria da Penha Costa. Os diversos sentidos presentes no medicamento: elementos para uma reflexão em torno de sua utilização. **Arquivos Catarinenses de Medicina**. Vol. 39, nº. 3, de 2010. p 18-23.

LEITE, Silvana Nair; VIEIRA, Mônica; VEBER, Ana Paula. Estudos de utilização de medicamentos: uma síntese de artigos publicados no Brasil e América Latina. **Ciência & Saúde Coletiva**, 13(Sup):793-802, 2008.

MASTROIANNI, P.C, MACHUCA, M. Conocimiento de la experiencia farmacoterapéutica de los pacientes como medio para resolver problemas farmacoterapéuticos causados por incumplimiento. **Rev OFIL**. 2012; 22:38.

MASTROIANNI, P.C, MACHUCA, M. La pedagogía de la autonomía para optimizar los resultados del tratamiento farmacêutico. **Rev Panam Salud Publica** 32(5), 2012b

MÉSZÁROS, István. **O poder da ideologia**. Tradução Paulo César Castanheira. São Pulo: Boitempo editorial, 2004. 566 p.

MOLES, Rebekah J; STEHLIK, Paulina. Pharmacy Practice in Australia. . **Can J Hosp Pharm**. 2015;68(5):417. Disponível em:< <http://www.cjhp-online.ca/index.php/cjhp/article/view/1492/2222>> Acesso em: 24 de julho de 2016).

OMS - Organização Mundial da Saúde. **El papel del farmacéutico en el sistema de atención de salud**: Informe de La Reunión de La OMS. Normas de Calidad de los Servicios Farmacéuticos: buenas prácticas de farmacia. Tóquio: Organización Panamericana de Salud, Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de La Organización Mundial de La Salud; 1993.

- OPAS - Organização Panamericana da Saúde. **Atenção Farmacêutica no Brasil: trilhando caminhos** - relatório 2001 – 2002 [Internet]. Brasília: Organização Panamericana da Saúde; 2002 [citado 2016 jul.]. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/PropostaConsensoAtenfar.pdf>> Acesso em: 23/07/2016.
- OAPS – Observatório de Análise em Políticas de Saúde. Glossário de Termos do Observatório de Análise Política em Saúde. (*in press*) 2016.
- PAIM, Jairnilson Silva; TEIXEIRA, Carmen Fontes. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. spe, p. 73-78, Aug. 2006. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102006000400011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102006000400011&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 03 Set. 2016.
- PERINE, E. Assistência farmacêutica: fundamentos teóricos e conceituais. In: ACÚRCIO, F.A. (Org.) **Medicamentos e assistência farmacêutica**. Belo Horizonte: Editora Medica, 2003.136p.
- PIGNARRE, Philippe. **O que é o medicamento?** Um objeto estranho entre ciência, mercado e sociedade. São Paulo. Trad. Paulo Neves. Ed 34. 152 pp. 1999.
- RAMALHO de OLIVEIRA, D. The reality of Pharmaceutical Care-based medication therapy management. Patients', pharmacists' and students' perspectives. Lambert Academic Publishing. In: RAMALHO DE OLIVEIRA, D. **Pharmaceutical Care uncovered: An ethnographic study of Pharmaceutical Care Practice** [dissertation]. Minneapolis (MN): University of Minnesota. 2003.
- RAMALHO DE OLIVEIRA, Djenane. Atenção Farmacêutica e serviços farmacêuticos. In: ACÚRCIO, Francisco de Assis. (Org.). **Medicamentos - Políticas, Assistência Farmacêutica, Farmacoepidemiologia e Farmacoeconomia**. 1ed. Belo Horizonte: COOPMED, 2013, v. 1, p. 1-320.
- RAMALHO de OLIVEIRA, D; BRUMMEL, A. R, et al. Medication Therapy Management: 10 Years of Experience in a Large Integrated Health Care System. **Journal of Managed Care Pharmacy**. 2010. 16(3): 185-195.
- RAMALHO DE OLIVEIRA, Djenane. Experiência Subjetiva com a utilização de medicamentos (Medication Experience): Conceito fundamental para o profissional da Atenção Farmacêutica. **Revista Racine**, Sao Paulo, p. 90 - 96, 05 nov. 2009.
- RAMALHO DE OLIVEIRA, Djenane. **Atenção Farmacêutica: Da filosofia ao gerenciamento da terapia medicamentosa**. São Paulo. Editora Racine. 2011. 328 p.
- REIS, Adriano Max Moreira. **Atenção Farmacêutica e Promoção do Uso Racional de Medicamentos**. 2003. Disponível em: <[http://www.ccs.uel.br/espacoparasaude/v4n2/doc/atencaofar\\_mauso.htm](http://www.ccs.uel.br/espacoparasaude/v4n2/doc/atencaofar_mauso.htm)> Acesso em: 25/09/2011.
- RODRIGUEZ, Adebiano. Políticas sociais e política de saúde. **Faces de Clio**. vol. 2. N. 3. jan./jun. 2016. P 225-242.
- ROZENFELD S. Drug adverse events in hospitals in the State of Rio de Janeiro, Brazil. **Rev Saude Publica**. 2007;41(1):108-15.

ROZENFELD S, CHAVES SMC, REIS LGD, MARTINS M, TRAVASSOS C, MENDES W et al. Adverse effects from drugs in a public hospital: pilot study. **Rev Saude Publica**. 2009;43(5):887-90.

SANTOS D. B. dos; COELHO, H.L.L. Reações adversas a medicamentos em pediatria: uma revisão sistemática de estudos prospectivos. **Rev Bras Saúde Matern Infant**. Recife, 2004;4(4): 341-9.

SINITOX – Sistema Nacional de Informações Tóxico – Farmacológicas. **Estatística anual de casos de intoxicação e envenenamento**: Brasil. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz/ Centro de Informação Científica e Tecnológica, 2013.

SOUZA, Gisélia Santana; COSTA, Ediná Alves. Considerações teóricas e conceituais acerca do trabalho em vigilância sanitária, campo específico do trabalho em saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 15, supl. 3, p. 3329-3340, Nov. 2010 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232010000900008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000900008&lng=en&nrm=iso)>. access on 15 Oct. 2016.

SOUZA, Thaís Teles de, et al. Morbidade e mortalidade relacionadas a medicamentos no Brasil: revisão sistemática de estudos observacionais. **Rev Ciênc Farm Básica Apl.**, 2014;35(4):519-532.

STRAND, L. M; M. J. M. CALERO. Evolution and current concept of pharmaceutical care. **Current Pharmaceutical Design**. 2004. 10(31): 3929-3930.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). The World Medicines Situation: medicines expenditures. Geneva: WHO, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **How to investigate the use of medicines by consumers**. Geneva: WHO/University of Amsterdam; 2004.

YORDANOVA, S; PETKOVA, V. Pharmaceutical care in some european countries, Australia, Canada and USA. **World Journal Of Pharmacy And Pharmaceutical Sciences**. 2013. Volume 2, Issue 5, 2291-2308. Research Article ISSN 2278 – 4357.