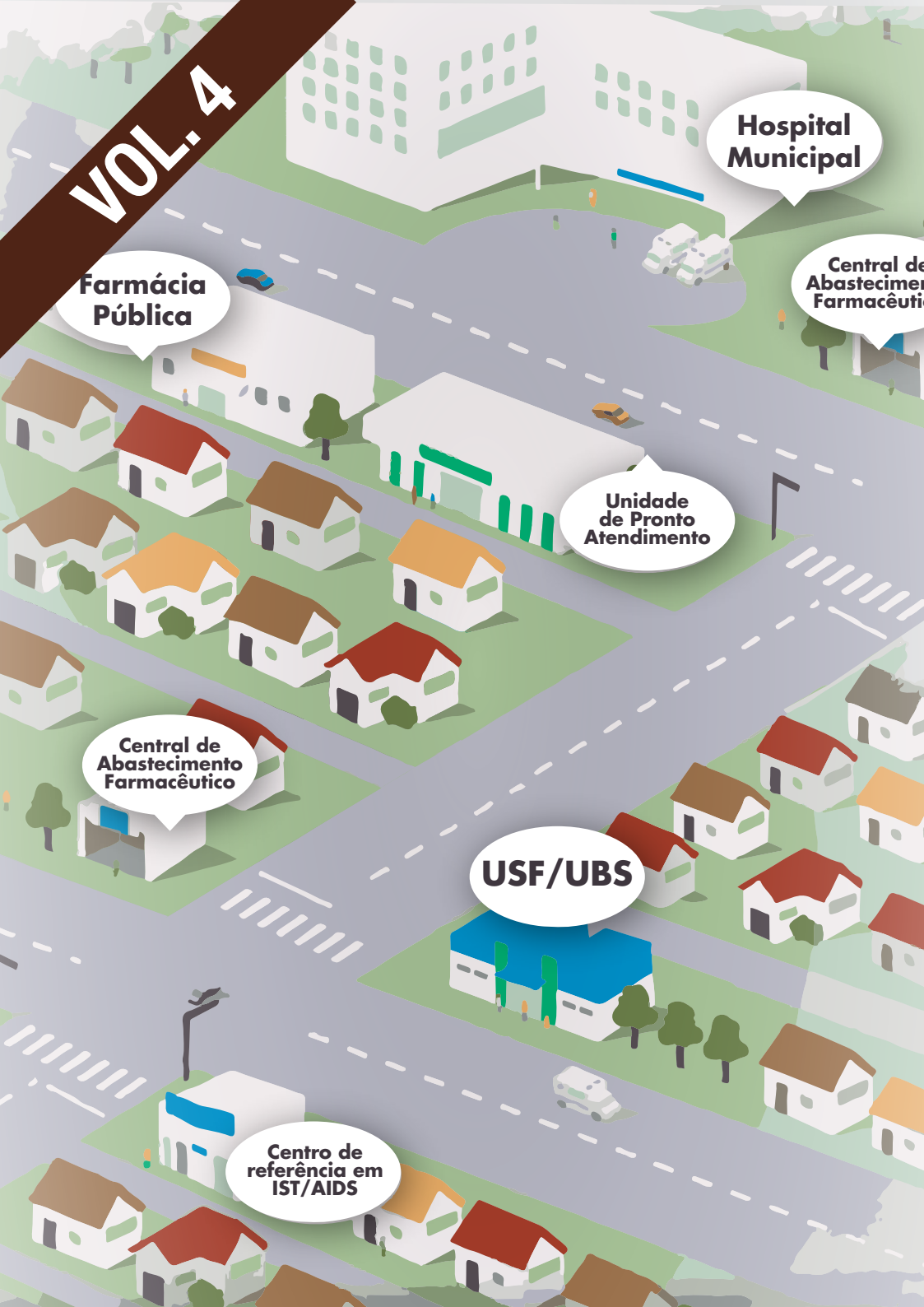


VOL. 4



MINISTÉRIO DA SAÚDE



Os serviços farmacêuticos gerenciais na qualificação do cuidado em saúde

COLEÇÃO

Assistência Farmacêutica na gestão municipal: da instrumentalização às práticas de profissionais de **nível superior** nos serviços de saúde

PROJETO

Atenção Básica: capacitação, qualificação dos serviços de Assistência Farmacêutica e integração das práticas de cuidado na equipe de saúde

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção Primária à Saúde
Departamento de Promoção da Saúde

Os serviços farmacêuticos gerenciais na qualificação do cuidado em saúde

VOLUME 4

COLEÇÃO

Assistência Farmacêutica na gestão municipal: da instrumentalização às práticas de profissionais de **nível superior** nos serviços de saúde

PROJETO

Atenção Básica: capacitação, qualificação dos serviços de Assistência Farmacêutica e integração das práticas de cuidado na equipe de saúde



BRASILIA - DF
2020



Tiragem: 1ª edição – 2020 – versão eletrônica

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção Primária à Saúde
Departamento de Promoção da Saúde
Esplanada dos Ministérios,
bloco G, 7º andar
CEP: 70058-900 - Brasília/DF
Tel.: (61) 3315-6101
Site: www.aps.saude.gov.br
E-mail: cgctab@saude.gov.br

HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ

R. João Julião, 331, Bela Vista
CEP: 01327-001 – São Paulo/SP
Tel.: (11) 3549-1000
Site: www.hospitaloswaldocruz.org.br

CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS
MUNICIPAIS DE SAÚDE

Esplanada dos Ministérios, bloco G,
anexo B, sala 144
Zona Cívico-Administrativo
CEP: 70058-900 – Brasília/DF
Tel.: (61) 3022-8900
Site: www.conasems.org.br

Grupo executivo:

Hospital Alemão Oswaldo Cruz:
Aline Fajardo
Karen Sarmento Costa
Samara Kielmann
CONASEMS:
Elton da Silva Chaves
Hisham Mohamad Hamida
Ministério da Saúde:
Olivia Lucena de Medeiros
Hannah Carolina Tavares Domingos
Izabella Barbosa de Brito

Coordenação geral do projeto:

Ana Paula N. Marques de Pinho
Samara Kielmann

Coordenação técnica do curso:

Karen Sarmento Costa

Gestão do projeto:

Aline Fajardo
Camila Tavares de Sousa
Flávia Landucci Landgraf
Mariana Castagna Dall'Acqua

Innovativ – HAOC:

Gestão dos processos de EaD:
Débora Schuskel
Modelagem Instrucional e Pedagógica:
Débora Schuskel
Gestão dos Processos do Curso:
Gicelma Rosa dos Santos
Adrielly Saron Alves Silva Lopes
Gestão do ambiente virtual de
aprendizagem:
Alline Tibério
Produção audiovisual:
Anders Rinaldi Angelin
Designer Instrucional:
Daniel Tschisar

Elaboração do conteúdo e texto:

Adriane Lopes Medeiros Simone
Andréia Turmina Fontanella
André Yoshikane Shoshima
Anna Heliza Silva Giomo
Karina Santos Rocha
Luciane Anita Savi
Marco Aurélio Pereira
Maria Cristina Sette de Lima

Noemia Urruth Leão Tavares

Rangel Ray Godoy
Rondineli Mendes da Silva
Suetônio Queiroz de Araújo
Tiago Marques dos Reis
Vera Lucia Luiza

Revisão técnica:

Camila Tavares de Sousa
Felipe Tadeu Carvalho Santos
Karen Sarmento Costa
Patrícia Silveira Rodrigues
Leonardo Régis Leira Pereira
Orlando Mário Soeiro
Elton da Silva Chaves

Coordenação editorial:

Júlio César de Carvalho e Silva

Revisão de texto:

Julia Nader Dietrich – Educação e
Jornalismo

Projeto gráfico e capa:

Laura Camilo – L7 Design

Normalização:

Delano de Aquino Silva – Editora MS/CGDI

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde.

Assistência Farmacêutica na gestão municipal : da instrumentalização às práticas de profissionais de nível superior nos serviços de saúde [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Promoção da Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2020.

4 v. : il.

Conteúdo: v. 1. Assistência Farmacêutica: da organização ao acesso a medicamentos e os desafios de sua integração à rede de atenção do SUS. v. 2. Gestão e planejamento da Assistência Farmacêutica no SUS. v. 3. Serviços farmacêuticos técnico-gerenciais: operacionalização e prática nos municípios. v. 4. Os serviços farmacêuticos gerenciais na qualificação do cuidado em saúde.
Modo de acesso: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/servicos_farmaceuticos_gerenciais_qualificacao_cuidado.pdf

ISBN 978-85-334-2867-6 (coleção)
ISBN 978-85-334-2871-3 (volume 4)

1. Prática farmacêutica baseada em evidências. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Procedimentos clínicos. I. Título.

CDU 615.12

Catalogação na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2020/0333

Título para indexação:

V. 4. Technical and management pharmaceutical services in qualification of the healthcare

Sumário

Prefácio	07
Abertura	09
Desafios para a gestão municipal: qualificação e integração da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica/Atenção Primária à Saúde	
A contribuição dos serviços farmacêuticos gerenciais na qualificação do cuidado em saúde	15
Introdução	17
Medicamentos enquanto tecnologia para o cuidado em saúde	19
Estudos de Utilização de Medicamentos como ferramenta para o planejamento do cuidado	24
Estudos quantitativos	26
Indicadores do uso de medicamentos	33
Estudos qualitativos	34
Revisão de uso de medicamentos	35
Integração dos serviços farmacêuticos gerenciais com os serviços de saúde para a qualificação do cuidado	36
Síntese da Aula	41
Referências	41
Material Complementar	46

Papel social dos medicamentos e medicalização da sociedade 47

Introdução 49

O conceito de saúde 49

O medicamento enquanto símbolo 50

Influência da indústria e da propaganda no consumo de medicamentos 54

Medicalização e medicamentação da sociedade 57

Síntese da Aula 60

Referências 60

Comunicação em saúde	62
Introdução	64
Processo de Comunicação: Elementos e Fases	67
Comunicação em Saúde	71
A comunicação terapêutica	73
Barreiras comunicacionais	73
Estratégias comunicacionais: escuta ativa, assertividade e manejo de conflitos	75
Comunicação em Equipe	78
Estratégias de integração e matriciamento	79
Multi, inter e transdisciplinaridade	81
Síntese da Aula	84
Referências	84
Material Complementar	86

A oferta de medicamentos: organização e integração de práticas profissionais	87
Introdução	89
Práticas dos profissionais na oferta de medicamentos	89
A oferta de medicamentos	89
Dispensação e entrega de medicamentos: conceitos e contextualização	91
Dispensação e entrega de medicamentos: sistematização do serviço	95
Entrega de medicamentos em espaços diversificados	98
Prática profissional do farmacêutico e do apoio técnico	99
Dimensionamento dos serviços e recursos humanos	100

Uso racional e seguro dos medicamentos	104
Uso racional de medicamentos e segurança do paciente	104
Farmacovigilância e vigilância em saúde no cotidiano dos serviços	106
Síntese da Aula	108
Glossário	108
Referências	109
Material Complementar	112

Prefácio

Esta obra é fruto de uma parceria entre o Ministério da Saúde (MS), na figura da Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS), o Hospital Alemão Oswaldo Cruz (HAOC) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS).

Por meio do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS) realizou-se o projeto *Atenção Básica: capacitação, qualificação dos serviços de assistência farmacêutica e integração das práticas de cuidado na equipe de saúde*, com objetivo de fortalecer a Atenção Primária à Saúde (APS) mediante o aprimoramento dos serviços da Assistência Farmacêutica (AF) e sua inserção nos processos de cuidado em conjunto às equipes nas unidades de saúde.

Segundo dados obtidos da Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos no Brasil (PNAUM)¹, realizada em 2015, dentre os desafios para a melhoria da AF em municípios estão: sua ausência no organograma das secretarias (24%) e no plano de saúde (18%), a falta de autonomia financeira (61,5%) e de conhecimento dos valores disponíveis (81,7%), a falta de adoção de procedimentos operacionais para seleção, programação e aquisição (cerca de 50%), e o fato da maioria dos responsáveis pela assistência farmacêutica avaliar a organização da AF como boa e ótima (58,8%) apesar dos indicadores preocupantes.

Ademais, o Brasil figura entre os maiores consumidores globais de medicamentos, o que denota a necessidade do acompanhamento e orientação com vistas ao uso racional, e demanda a implantação de registros estruturados que favoreçam a análise dos impactos gerados por estas tecnologias de cuidado. Por tais razões, torna-se fundamental fomentar o progresso dos serviços farmacêuticos na APS, tanto os técnico-gerenciais quanto os técnico-assistenciais.

O conteúdo desta publicação, resultante do curso *Assistência Farmacêutica na gestão municipal: da instrumentalização à prática nos serviços (profissionais de nível superior)* oferecido pelo projeto, é baseado em conceitos

e reflexões críticas e agrega materiais para a promoção do aperfeiçoamento conceitual e das práticas dos profissionais que atuam na gestão da AF dos municípios, em prol da qualificação da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e, principalmente, da melhoria das condições de saúde das pessoas, sempre considerando as necessidades de saúde locais e a organização própria do trabalho e da gestão dos territórios.

Ainda no âmbito do projeto, foram desenvolvidos outros três cursos, cada qual voltado a diferentes agentes da AF municipal, da gestão central ao balcão, ressaltando a importância do trabalho corresponsabilizado e integrado. O material elaborado para subsidiar estas formações foi também publicado, resultando nas coleções *Assistência Farmacêutica na gestão municipal: da instrumentalização às práticas de profissionais de nível médio e/ou técnico nos serviços de saúde*, *Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica: aplicação do método clínico* e no livro *Gestão do Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica*.

Os produtos deste projeto – incluindo este volume – foram estruturados na perspectiva de desenvolvimento de uma RAS capaz de responder e potencializar o desempenho do Sistema Único de Saúde, em termos da garantia do acesso, qualidade e eficiência econômica, objetivando a integralidade do cuidado e a resolutividade das ações em saúde, passos importantes para a evolução dos serviços de atenção na saúde pública brasileira.

Em nome da Secretaria de Atenção Primária à Saúde, parabenizamos a equipe técnica que elaborou e sistematizou os conteúdos da obra e convidamos os leitores a uma boa leitura.

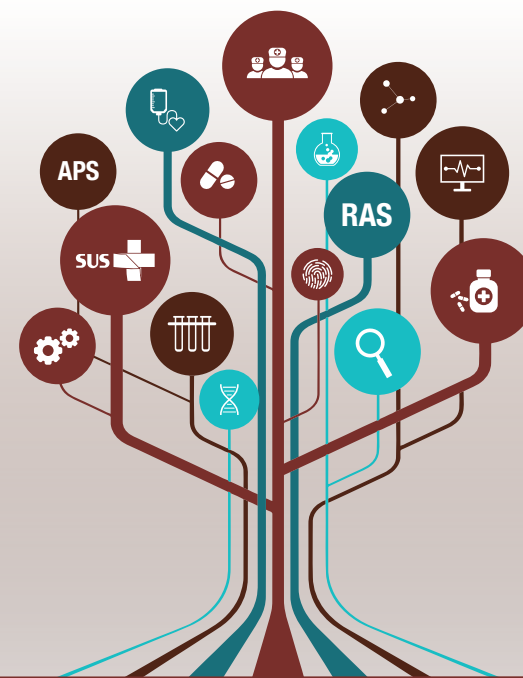
Coordenação-Geral de Prevenção de Doenças Crônicas e Controle do Tabagismo

Ministério da Saúde

Referências

1. Gerlack LF, Karnikowski MG, Areda CA, Galato D, Oliveira AG, Álvares J, Leite SN, Costa EA, Guibu IA, Soeiro OM, Costa KS. Gestão da assistência farmacêutica na atenção primária no Brasil. Revista de Saúde Pública. 2017 Nov 13;51:15s.

Abertura



Desafios para a gestão municipal: qualificação e integração da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica/Atenção Primária à Saúde

Autores: Samara Kielmann, Aline Fajardo, Mariana Castagna Dall'Acqua, Flávia Landucci Landgraf, Camila Tavares de Sousa, Karen Sarmento Costa, Patrícia Silveira Rodrigues, Olivia Lucena de Medeiros, Hannah Carolina Tavares Domingos, Izabella Barbosa de Brito, Elton da Silva Chaves, Hisham Mohamad Hamida

Desafios para a gestão municipal: qualificação e integração da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica/Atenção Primária à Saúde

Autores: Samara Kielmann, Aline Fajardo, Mariana Castagna Dall'Acqua, Flávia Landucci Landgraf, Camila Tavares de Sousa, Karen Sarmento Costa, Patrícia Silveira Rodrigues, Olivia Lucena de Medeiros, Hannah Carolina Tavares Domingos, Izabella Barbosa de Brito, Elton da Silva Chaves, Hisham Mohamad Hamida

Os desafios impostos pela transição demográfica e epidemiológica em curso no Brasil, que se caracterizam pelo aumento da população, transformações nas estruturas etárias e perfil de adoecimento, demandam do Sistema Único de Saúde (SUS) capacidade de resposta ao cenário complexo, atualmente apresentado, que envolve tripla carga de doenças, com uma predominância das doenças crônicas e ainda elevada prevalência de doenças parasitárias, infecciosas e da morbimortalidade por causas externas, impondo necessidade de reorganização das práticas, da estrutura e da lógica de funcionamento institucional do SUS como resposta a estas demandas.

A organização do SUS em redes de atenção à saúde (RAS), sob coordenação da Atenção Básica/Primária em Saúde, tem se colocado como resposta na superação da fragmentação sistêmica e do modelo de atenção à saúde baseado em ações curativas e centrado no médico, sendo eficaz tanto na organização de um modelo horizontal, articulado, proativo, focado na integralidade do cuidado e reorientação da gestão do cuidado com abordagem multi e interdisciplinar, quanto no enfrentamento aos desafios impostos pelo atual cenário demográfico, socioeconômico, epidemiológico e sanitário¹.

Neste contexto, é fundamental a integração sistêmica da Assistência Farmacêutica às RAS, por meio da oferta dos serviços farmacêuticos que englobam atividades técnico-gerenciais (seleção, programação, aquisição, armazenamento e distribuição dos medicamentos e insumos) enquanto apoio à rede e, nos diferentes pontos de atenção da rede, o cuidado farmacêutico, sob a dimensão clínico-assistencial e técnico-pe-

dagógica do trabalho em saúde voltado ao indivíduo, família, comunidade e equipe de saúde².

Enquanto sistema de apoio, entende-se como fundamental a qualificação das atividades técnico-gerenciais a serem desenvolvidas, que devem estar integradas e sincronizadas com vistas à garantia do abastecimento dos medicamentos, nas diferentes unidades funcionais, com suficiência, regularidade e qualidade para atender as necessidades singulares da rede de atenção à saúde².

A Política Nacional de Atenção Básica inova ao explicitar como diretrizes da assistência farmacêutica na atenção básica o desenvolvimento de

ações de assistência farmacêutica e do uso racional de medicamentos, garantindo a disponibilidade e acesso a medicamentos e insumos em conformidade com a RENAME, os protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas, e com a relação específica complementar estadual, municipal, da união, ou do distrito federal de medicamentos nos pontos de atenção, visando a integralidade do cuidado^{3:Art.7}.

Esta também reconhece a necessidade da garantia de qualificação da força de trabalho para a gestão e a atenção à saúde, a partir do estímulo e viabilização da formação, educação permanente e continuada dos profissionais com qualificação dos serviços ofertados à população³.

No que se refere à Assistência Farmacêutica no SUS, mesmo identificando um conjunto de avanços significativos - por exemplo, a melhor organização das responsabilidades executivas no âmbito do pacto federativo, ampliação do investimento na área pelos entes federados e do acesso a medicamentos, melhor estruturação de serviços farmacêuticos nos municípios e presença de sistemas informatizados - reconhece-se que ainda persistem barreiras e desafios a serem enfrentados². Entre eles, a não implementação na totalidade dos municípios da política de assistência farmacêutica, deficiências nos processos de planejamento e gestão, ações focadas no medicamento e no insumo e não no usuário, recursos humanos pouco qualificados, inadequação de procedimentos técnico-gerenciais, ambientes pouco adequados às exigências e necessidades dos serviços farmacêuticos, relações municipais de medicamentos pouco baseadas em critérios técnico-científicos, nível de integração baixo entre os diferentes serviços farmacêuticos e destes com os demais serviços de saúde da rede e a incipiência dos serviços farmacêuticos assistenciais^{4,5}.

Neste cenário, torna-se premente o desenvolvimento de ações pedagógicas para capacitar profissionais que atuam na gestão da Assistência Farmacêutica municipal. Tendo em vista a demanda de formação aos profissionais de nível superior que atuam nos serviços farmacêuticos técnico-gerenciais, a equipe do Projeto da Atenção Básica, elaborou, desenvolveu e disponibilizou aos municípios brasileiros o **Curso Assistência Farmacêutica na gestão municipal: da instrumentalização à prática nos serviços (profissionais de nível superior)**. A formação tem como objetivo instrumentalizar e capacitar os profissionais de nível superior que atuam na gestão da Assistência Farmacêutica municipal visando o aperfeiçoamento das práticas profissionais, contribuindo para a qualificação do sistema de apoio da Rede de Atenção à Saúde e integração com o cuidado em saúde.

Os conteúdos abordam desde a contextualização do Sistema Único de Saúde na perspectiva da organização e integração da Assistência Farmacêutica nas Redes de Atenção à Saúde, com avaliação e incor-

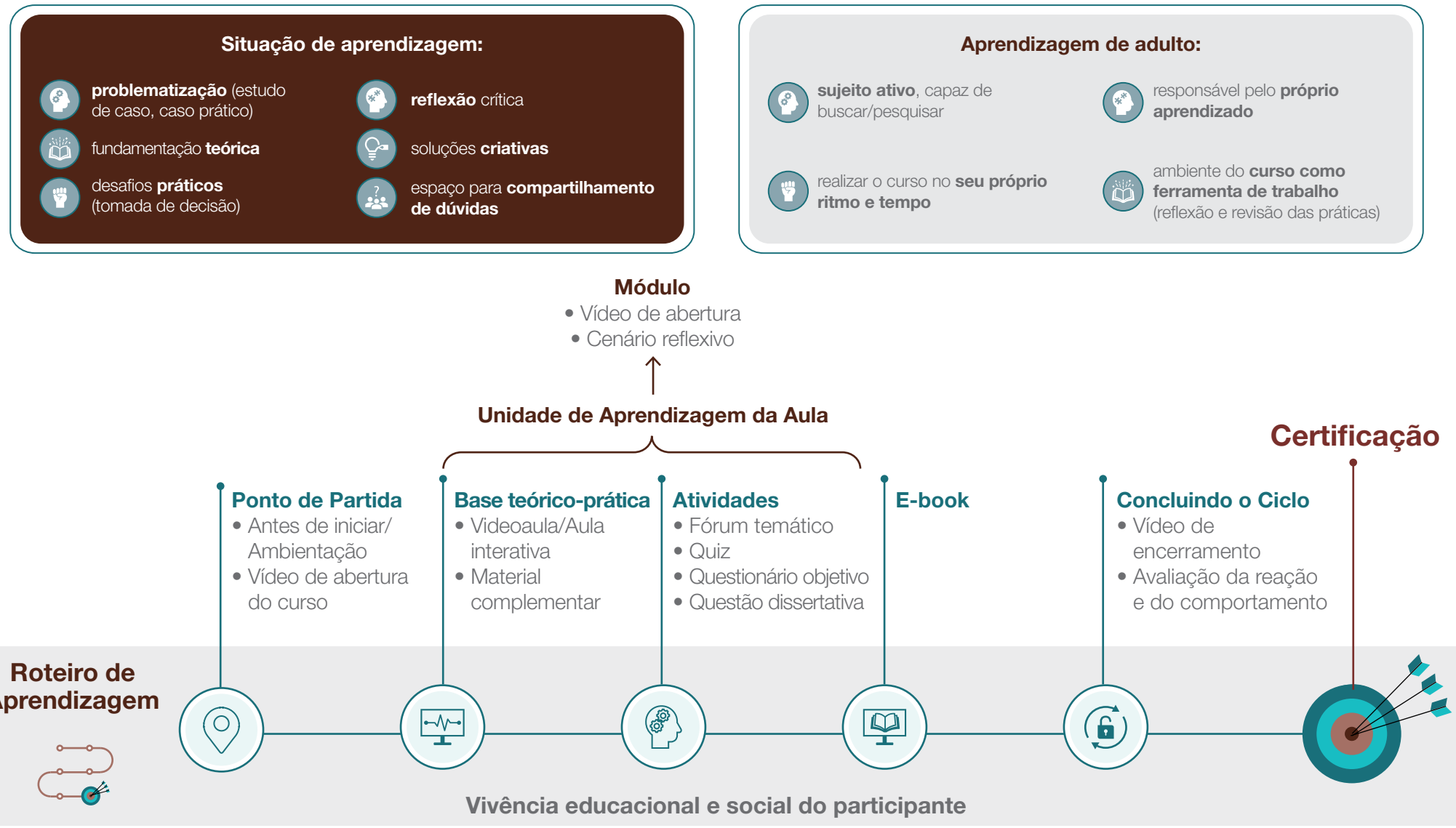
poração de tecnologias e estratégias de acesso a medicamentos no SUS, aos aspectos relacionados à gestão interfederativa, planejamento, financiamento e avaliação da assistência farmacêutica e às abordagens da operacionalização e práticas dos serviços farmacêuticos nos municípios e as contribuições destes para a qualificação do cuidado em saúde.

Adotou-se no curso que os

serviços farmacêuticos constituem-se no conjunto de atividades e processos de trabalho relacionados ao medicamento, protagonizados pelo farmacêutico (em especial nas ações finalísticas), e desenvolvidos no âmbito da atenção em saúde com vistas a potencializar sua resolubilidade. Esse conjunto de atividades compreende tanto atividades técnico-gerenciais (atividades de apoio) quanto clínicas (atividades finalísticas) dirigidas a indivíduos, família e comunidades^{2:115}.

O percurso pedagógico fundamenta-se no construtivismo com ênfase na participação ativa dos profissionais, que são instigados a experimentar e (re)construir o conhecimento. Esta abordagem pedagógica contribui para o desenvolvimento de estruturas conceituais e para a construção reflexiva e crítica do conhecimento dos profissionais de nível superior, elementos estruturantes da aprendizagem significativa proposta pelo curso. Esse tipo de abordagem requer desses profissionais uma postura proativa no processo de ensino-aprendizagem para estudarem com autonomia e com comprometimento com o curso, planejando o tempo de dedicação e criando uma rotina de estudos adequada às suas vidas pessoais e profissionais, como esquematizado na Figura 1.

Figura 1. Desenho pedagógico do curso



Fonte: Elaboração própria.

Considerando o ineditismo e a importância desse material para a formação de profissionais de nível superior que atuam nos serviços farmacêuticos técnico gerenciais no SUS, e levando em conta a situação imposta pela pandemia da doença COVID-19, que exige respostas mais imediatas dos serviços farmacêuticos com vistas à garantia do acesso aos medicamentos necessários dentro da realidade da Atenção Básica, o Grupo Executivo do Projeto, constituído pelo Hospital Alemão Oswaldo Cruz, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde e Ministério da Saúde - Secretaria de Atenção Primária à Saúde (MS/SAPS), propôs a organização dessa coleção, a partir do material didático elaborado no curso, com a expectativa de ampliar o conhecimento e as oportunidades dos profissionais na qualificação dos serviços farmacêuticos.

O conteúdo dos módulos, aqui apresentados em formato de volumes, foi pensado de forma encadeada para que o profissional caminhe por todas as unidades de aprendizagem de forma fluída e organizada como um ciclo, com foco na discussão de casos práticos, próximos do cotidiano vivenciado, discussões para a operacionalização dos serviços farmacêuticos técnico-gerenciais e apoio nos serviços farmacêuticos clínicos.

Por essa razão esta coleção está organizada em quatro volumes, compostos por um conjunto de capítulos (unidades de aprendizagem):

- » Vol. 1 - Assistência Farmacêutica: da organização ao acesso a medicamentos e os desafios de sua integração à rede de atenção do SUS
- » Vol. 2 - Gestão e planejamento da Assistência Farmacêutica no SUS
- » Vol. 3 - Serviços farmacêuticos técnico-gerenciais: operacionalização e prática nos municípios
- » Vol. 4 - Os serviços farmacêuticos gerenciais na qualificação do cuidado em saúde.

Para apoiar a compreensão dos leitores, seguindo a própria organização dos cursos, cada volume e suas respectivas unidades de aprendizagem são ilustradas com quadros e figuras que facilitam a apresentação das informações, bem como referências e indicações de leituras complementares. A cada aula, também são apresentados os objetivos de aprendizagem e um breve resumo do conteúdo apresentado.

Esperamos que os gestores e profissionais que atuam nos serviços farmacêuticos no contexto da Atenção Básica possam utilizar esse material para ações de educação permanente com a equipe, visando o aprimoramento e a maior integração das práticas entre os diferentes profissionais e a melhoria na qualidade da oferta desses serviços à população.

Desejamos que esta publicação democratize o conhecimento voltado à formação desses profissionais e seja um incentivo para a qualificação dos serviços farmacêuticos na Atenção Básica/Atenção Primária à Saúde a fim de avançarmos nas conquistas nessa área e superarmos as barreiras e desafios apontados, tendo como perspectiva a oferta de serviços de qualidade e humanizados alinhada aos princípios e diretrizes do SUS.

Boa Leitura!



Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº. 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece as diretrizes para organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. 30 dez 2010.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. Gestão do Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Primária Saúde, Departamento de Saúde da Família – Brasília: Ministério da Saúde; 2019. 384 p.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. 22 set 2017.
4. Manual do(a) Gestor(a) Municipal do SUS: “Diálogos no Cotidiano” / CONASEMS-COSEMS-RJ-LAPPIS/IMS/UERJ. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/UERJ; 2016. 324p. ISBN: 9788595360006.
5. Costa KS et al. Avanços e desafios da assistência farmacêutica na atenção primária no Sistema Único de Saúde. Rev. Saúde Pública. 2017. 51 (supl 2), 3s.



15

Aula



A contribuição dos serviços farmacêuticos gerenciais na qualificação do cuidado em saúde

Autora: Adriane Lopes Medeiros Simone



Ementa da aula



Esta aula aborda a contribuição dos serviços farmacêuticos gerenciais na qualificação do cuidado em saúde.

Fonte: Imagem - Flaticon ©.

Objetivo de aprendizagem



Entender a contribuição dos serviços farmacêuticos gerenciais na qualificação do cuidado em saúde.

Fonte: Imagem - Flaticon ©.



Introdução

Administrar, gerenciar, tomar decisões são diferentes termos que conduzem a um mesmo sentido: alcançar resultados através da mobilização coordenada de pessoas, ideias e coisas – aqui entendidas como o conjunto de espaços físicos, equipamentos e materiais¹. Para Motta, gerenciar é “a arte de pensar, de decidir e de agir; a arte de fazer acontecer, de obter resultados” (p. 26)².

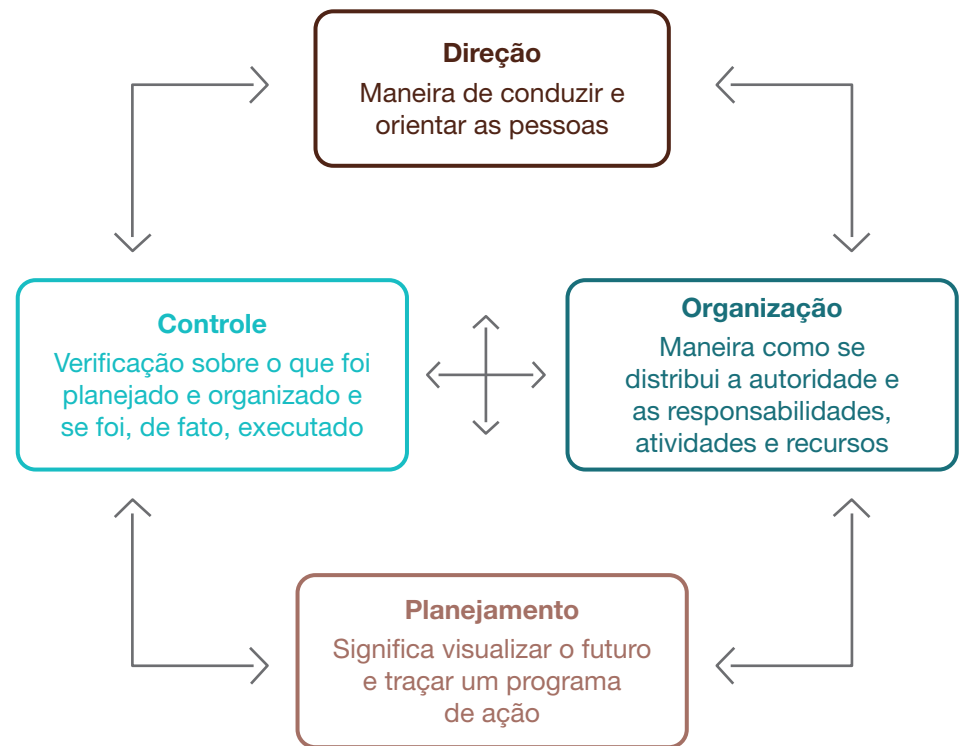
O SUS, financiado por impostos e contribuições sociais, pautado nos princípios de universalidade, igualdade, equidade e integralidade, e resultante da conjugação das ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde executados pela União, estados e municípios, é essencial para à garantia do direito constitucional à saúde³⁻⁵, e contribuiu significativamente para melhorar a condição de saúde da população desde a sua implementação⁶.



Fonte: Imagem – Webdoc Brasil, aqui tem SUS/Levante Filmes/Conasems ©.

Como poderíamos imaginar a implementação do maior sistema universal de saúde, o SUS, se não houvesse um processo de gestão em todas as esferas de poder? A gestão do SUS é, portanto, um processo pelo qual os sujeitos tomam decisões na implementação da política de saúde, o qual envolve planejamento, organização, direção e controle em todos os níveis do sistema^{7,8}. A Figura 2 ilustra esse processo.

Figura 2. O processo administrativo



Fonte: Elaborada a partir de Chiavenato⁸.



Fonte: Imagem – Webdoc Brasil, aqui tem SUS/Levante Filmes/Conasems ©.

Como vimos nas aulas anteriores, as políticas farmacêuticas são transversais e estratégicas para a estruturação das Redes de Atenção à Saúde (RAS) e para o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS). Assim, ao longo deste curso, temos abordado como os serviços farmacêuticos estão organizados, como são ofertados à população e qual a sua relevância para integralidade do cuidado em saúde.

Vamos recordar o que são serviços farmacêuticos?



Os serviços farmacêuticos constituem-se no conjunto de atividades e processos de trabalho relacionados ao medicamento, protagonizados pelo farmacêutico (em especial nas ações finalísticas), e desenvolvidos no âmbito da atenção em saúde com vistas a potencializar sua resolubilidade. Esse conjunto de atividades compreendem tanto atividades técnico-gerenciais (atividades de apoio) quanto clínicas (atividades finalísticas) dirigidas a indivíduos, famílias e comunidade⁹⁻¹¹.

Fonte: Imagem - Flaticon ©.

Os serviços farmacêuticos técnico-gerenciais, discutidos no *Módulo 3**, contemplam a seleção, a programação, a aquisição, o armazenamento e a distribuição de medicamentos. A gestão desses serviços, enquanto sistema de apoio às RAS, exige o alinhamento do saber e o fazer tecnicamente qualificado do farmacêutico com o saber e o fazer político e social de um gestor em um sistema de saúde para a condução das atividades de forma que se alcancem os resultados esperados pelo sistema de saúde¹².

***Nota do editor:** Este livro integra a coleção *Assistência Farmacêutica na gestão municipal: da instrumentalização às práticas de profissionais de nível superior nos serviços de saúde* e apresenta o conteúdo das aulas que compõem o *Módulo 4* de curso homônimo oferecido projeto *Atenção Básica: capacitação, qualificação dos serviços de Assistência Farmacêutica e integração das práticas de cuidado na equipe de saúde*, realizado no âmbito do *PROADI-SUS*. As aulas do *Módulo 3* podem ser acessadas no *vol. 3* desta mesma coleção, *Serviços farmacêuticos técnico-gerenciais: operacionalização e prática nos municípios*.

Os resultados esperados da Assistência Farmacêutica na Atenção Primária à Saúde envolvem não só a ampliação e o aperfeiçoamento do acesso aos medicamentos essenciais, mas, também, a qualificação do cuidado, visando a melhoria dos resultados em saúde e qualidade de vida da população^{9-11,13}.

Nesse sentido, nesta aula propomos uma reflexão sobre a contribuição dos serviços farmacêuticos gerenciais para a qualificação do cuidado em saúde.



Fonte: Imagem – Webdoc Brasil, aqui tem SUS/Levante Filmes/Conasems ©.

Medicamentos enquanto tecnologia para o cuidado em saúde



Fonte: Imagem – Webdoc Brasil, aqui tem SUS/Levante Filmes/Conasems ©.

A pesquisa, o desenvolvimento e a introdução de novos medicamentos na prática clínica têm contribuído para avanços importantes no tratamento de doenças, que anteriormente levavam à morte ou deixavam sequelas, permitindo a cura, o prolongamento da vida ou mesmo uma melhor qualidade de vida das pessoas¹⁴.

A evolução da descoberta dos medicamentos pode ser representada em três grandes períodos, conforme demonstrado a seguir:

1ª revolução farmacológica

A era de ouro da indústria farmacêutica

“Até o século XIX a maioria dos medicamentos eram remédios naturais de estrutura química e natureza desconhecidas (p. 336)”¹⁵
Após 1940, ocorreu a introdução maciça de novos fármacos¹⁴.

Quando a penicilina foi descoberta acidentalmente em 1928 por Alexander Fleming iniciou-se a 1ª Revolução Farmacológica. “Em 1940, com o aperfeiçoamento dos experimentos com antibióticos por Howard Florey e Ernest Chain, foi possível sua produção em larga escala (p. 1)”¹⁴.

No século XX houve a introdução de novos fármacos, “com avanços no desenvolvimento de vitaminas, [...], hormônios, [...], psicotrópicos, anti-histamínicos e vacinas” e “muitos medicamentos formaram classes terapêuticas inteiramente novas (p.1)”¹⁴.

Como consequência, as mortes na infância reduziram drasticamente e “algumas doenças, como tuberculose, difteria e pneumonia, puderam ser tratadas e curadas (p. 1)”¹⁴.



Alexander Fleming, em seu laboratório de pesquisa, na Universidade St. Mary's Hospital, em Londres, onde descobriu a penicilina¹⁶.

Fonte: Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial¹⁶.

2ª revolução farmacológica

O medicamento como “a solução para todos os problemas de saúde”

A avalanche de novos medicamentos trouxe aspectos negativos como o uso irracional de medicamentos, reações adversas e interações medicamentosas, e obrigaram a revisão dos protocolos de pesquisa clínica.

“Os medicamentos sintéticos se tornaram a maior proporção de mercado farmacêutico e com o aprimoramento dos métodos de pesquisa a eficácia terapêutica aumentou e os medicamentos se tornaram mais seguros (p. 1)”¹⁴.

Houve ainda o desenvolvimento de medicamentos genéricos, que contribuíram de forma significativa para o acesso a medicamentos em muitos países do mundo.



Foto da área de produção da Farmanguinhos – Instituto de Tecnologias em Fármacos, um laboratório oficial. Ao todo, os 21 laboratórios oficiais do país produzem cerca de 30% dos medicamentos utilizados no SUS^{17,18}.

Fonte: Alexandre Matos. Instituto de Tecnologia em Fármacos¹⁷.

3ª revolução farmacológica

A era high-tech

Atualmente, “vivemos um período de lançamentos de novas moléculas”, cada vez mais específicas, para o tratamento de “câncer, aids, esclerose múltipla, doença de Alzheimer e diabetes (p. 1)”¹⁴.

Observamos a “transição das técnicas de síntese e produção medicamentos” empregando a biotecnologia – como os anticorpos monoclonais e nanofármacos, com eficácia precisa e baixa ocorrência de reações adversas, e os “biossimilares, que reproduzem as ações dos medicamentos biológicos já utilizados, mas com custos mais baixos (p. 1)”¹⁴.

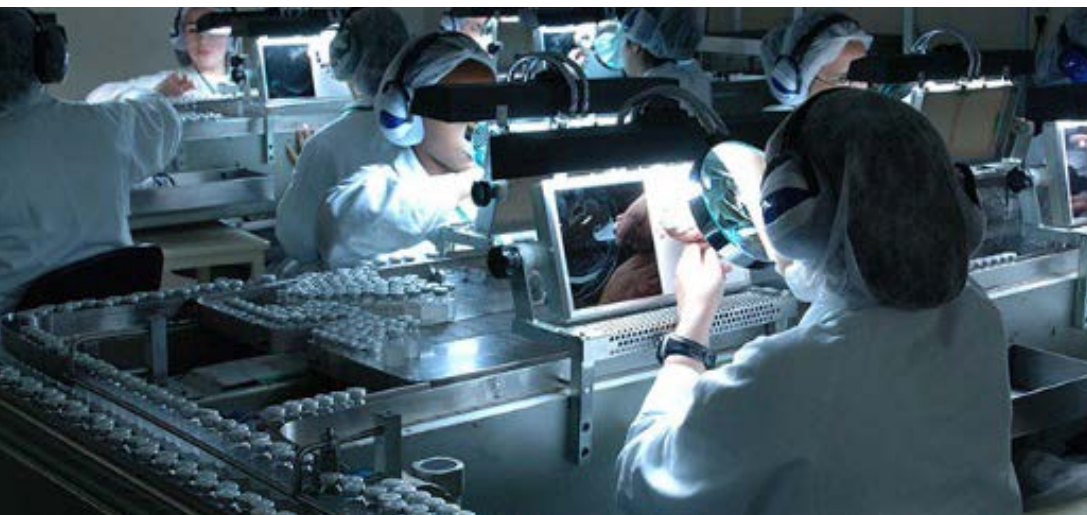


Foto do Instituto Butantã, principal fornecedor de imunobiológicos do Brasil. É um dos maiores centros de pesquisa biomédica do mundo, realizando pesquisa inclusive na área de biotecnologia¹⁹.

Fonte: Instituto Butantan. Homepage¹⁹.

Assim, não nos restam dúvidas de que os medicamentos são tecnologias em saúde, fundamentais para promover, restaurar e manter a saúde de uma população.

No dia 13 de fevereiro de 2019 a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) divulgou a seguinte reportagem, disponível na Figura 3.

Figura 3. Reportagem sobre o balanço do registro de medicamentos no ano de 2018

BALANÇO DE 2018

Registrados 33 medicamentos com novas substâncias

Infográfico traça panorama dos principais registros de medicamentos sintéticos e biológicos concedidos no ano passado.

Por: Ascom/Anvisa

Compartilhar 0



A Anvisa registrou, em 2018, 827 medicamentos, produtos biológicos e insumos farmacêuticos ativos. Destes, 33 continham uma nova substância ativa que foi, pela primeira vez, autorizada no Brasil. Entre eles estão medicamentos destinados a crianças e ao tratamento de doenças raras.

Também foram concedidos 24 registros de medicamentos genéricos inéditos, além de quatro registros de produtos biossimilares, tornando esses medicamentos mais acessíveis devido à redução dos custos. Biossimilares são produtos biológicos produzidos a partir de um organismo vivo.

Estes e outros dados estão no [infográfico divulgado pela Anvisa](#) com os destaques de 2018 em relação ao registro de medicamentos.

Fonte: Anvisa²⁰.

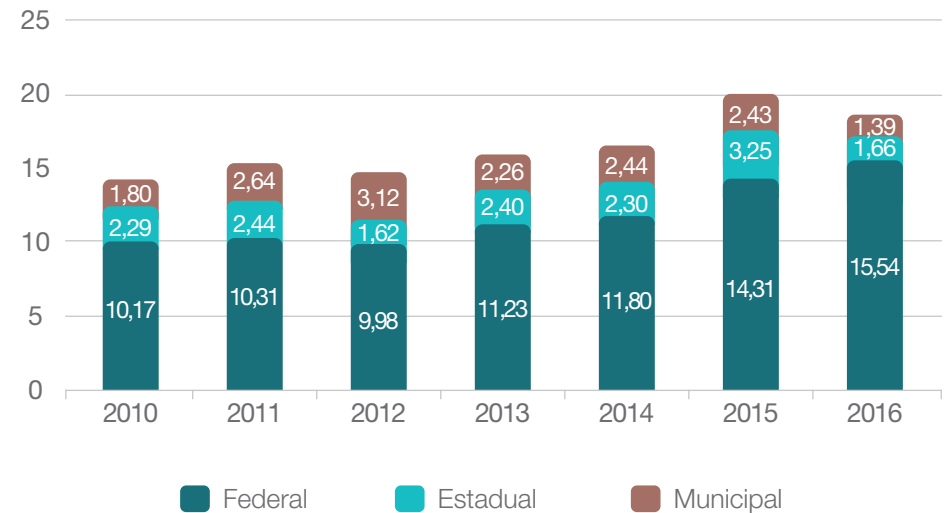
Para os gestores de um sistema de saúde, a questão principal é: as novas tecnologias fornecem todos os resultados esperados, em termos de segurança e eficácia e são economicamente acessíveis?^{14,21}.

No SUS temos demandas crescentes e recursos financeiros finitos para aquisição de medicamentos, cujos gastos representam uma parcela importante no orçamento da saúde. Uma pesquisa divulgada pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) no início de 2018 mostrou que o gasto do SUS com medicamentos nas três esferas de governo passou de R\$ 14,3 bilhões em 2010 para R\$ 18,6 bilhões em 2016, um crescimento de 30% no período²¹, conforme ilustrado na Figura 4 a seguir.



Fonte: Imagem – Webdoc Brasil, aqui tem SUS/Levante Filmes/Conasems ©.

Figura 4. Gasto com medicamentos por esfera de governo no Brasil




Nota: valores liquidados no período de 2010-2016, em R\$ bilhões, conforme registros no Siga Brasil e no Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops).

Fonte: IPEA²¹.


Saiba mais!

[Leia o documento na íntegra.](#)

Fonte: Imagem - Flaticon ©.

Na *Aula 4*, no *Módulo 1**, tratamos da Avaliação de Tecnologias em Saúde enquanto ferramenta para tomada de decisão de incorporação de medicamentos no SUS e, na *Aula 5*, no *Módulo 1**, abordamos o processo de seleção de medicamentos em âmbito municipal. Em ambas as oportunidades discutimos a importância de transferir a evidência científica para a prática clínica e de haver coerência entre as listas de medicamentos essenciais e as demandas e necessidades em saúde da população.

A mais nova edição da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais ([Rename 2020](#) , estabelecida pela Portaria nº 3.047, de 28 de novembro de 2019) contém 919 itens, entre medicamentos e insumos, dos quais 39 são novas incorporações^{22,23}.



Fonte: Imagem – Webdoc Brasil, aqui tem SUS/Levante Filmes/Conasems ©.

Certamente você já teve acesso a um relatório de recomendação da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS e observou a riqueza de detalhes que tais documentos apresentam. Mas, após ficar disponível no SUS, nos dispensários e nas farmácias públicas, existem um acompanhamento de perto sobre o uso do medicamento pela população?

Segundo Paracelsus (1493-1541), “todas as substâncias são venenos, não existe nada que não seja veneno. Somente a dose correta diferencia o veneno do remédio”²⁴. Assim, é sempre oportuno lembrar das possíveis consequências negativas dos medicamentos: quanto maior o risco de efeitos adversos e intoxicações, maior será o número de visitas a serviços de emergência, hospitalizações e até mesmo de mortes²⁵.

Refleta!

Com os serviços farmacêuticos prestados no âmbito do SUS e os milhões de reais investidos na aquisição de medicamentos, como e/ou quanto estamos contribuindo para a melhoria da saúde das pessoas? O que mais podemos fazer?



Fonte: Imagem - Flaticon ©.

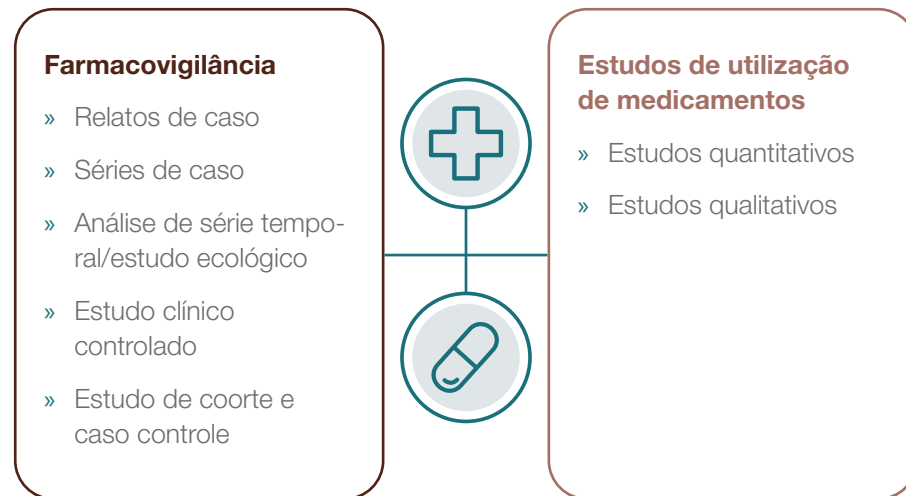
Para ajudar a responder a essas questões, numa perspectiva de melhorar a implementação das políticas de assistência farmacêutica nos territórios, os Estudos de Utilização de Medicamentos (EUM) podem ser uma ferramenta estratégica. E é sobre esse assunto que trataremos na seção a seguir.

*Nota do editor: Este livro integra a coleção *Assistência Farmacêutica na gestão municipal: da instrumentalização às práticas de profissionais de nível superior nos serviços de saúde* e apresenta o conteúdo das aulas que compõem o *Módulo 4* de curso homônimo oferecido projeto *Atenção Básica: capacitação, qualificação dos serviços de Assistência Farmacêutica e integração das práticas de cuidado na equipe de saúde*, realizado no âmbito do PROADI-SUS. As aulas do *Módulo 1* podem ser acessadas no vol. 1 desta mesma coleção, *Assistência Farmacêutica: da organização ao acesso a medicamentos e os desafios de sua integração à rede de atenção do SUS*.

Estudos de Utilização de Medicamentos como ferramenta para o planejamento do cuidado

A farmacoepidemiologia ou epidemiologia do medicamento se destina a estudar o uso e os efeitos benéficos e adversos dos medicamentos na população²⁶⁻²⁸. Enquanto ciência, a farmacoepidemiologia integra os métodos e o raciocínio epidemiológicos com os conhecimentos de farmacologia, abrangendo dois grandes grupos de ações: a Farmacovigilância e os EUM^{28,29}, conforme ilustra a Figura 5.

Figura 5. Áreas de estudo da farmacoepidemiologia



Fonte: Adaptada de Romano-Lieber (p. 38)²⁹ e Imagem - Flaticon ©.

O que é farmacovigilância?

De acordo com a Política Nacional de Medicamentos, farmacovigilância é a “identificação e avaliação dos efeitos, agudos ou crônicos, do risco do uso dos tratamentos farmacológicos no conjunto da população ou em grupos de pacientes expostos a tratamentos específicos”²⁸.

Na *Aula 18 – Oferta de medicamentos: organização e integração de práticas profissionais* retomaremos a discussão sobre farmacovigilância.

Os EUM são realizados para compreender como se dá e quais fatores influenciam a comercialização, a distribuição, a prescrição, a dispensação e o uso de medicamentos, com ênfase nas consequências médicas, sociais e econômicas resultantes. Sua utilidade para direcionar políticas na área da saúde, ações regulamentadoras pelas agências sanitárias e o planejamento do cuidado em saúde foi reconhecida pela Política Nacional de Medicamentos, conforme demonstra o trecho referente às diretrizes para promoção do uso racional de medicamentos:

O que é farmacovigilância?

“Quanto à farmacoepidemiologia, deverão ser incentivados estudos sobre a utilização de produtos como forma de contribuir para o uso racional de medicamentos”²⁸.

Uma vez que a utilização de medicamentos é resultado de um processo que envolve diversos atores e atividades, tais estudos podem ser de diferentes tipos e objetivos, conforme apresentado no Quadro 1.

Quadro 1. Características dos EUM

<p>Objetivo do estudo</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Perfil de utilização de medicamentos pela população • Polifarmácia • Adesão a terapia medicamentosa • Perspectiva do usuário sobre a utilização de medicamentos • Automedicação • Uso abusivo de medicamentos • Erros de prescrição, dispensação e administração de medicamentos • Consequências positivas e negativas do uso dos medicamentos • Custo dos medicamentos utilizados
<p>População estudada</p>	<ul style="list-style-type: none"> • População em geral ou por sexo • Estrato específico da população: crianças, adolescentes, gestantes, idosos ou usuários de serviços de saúde

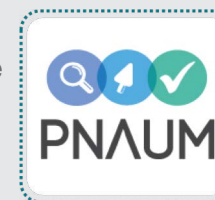
Fonte: Elaborado a partir de Luz e Mosegui²⁵ e Leite, Vieira e Veber³⁰.

Você sabia?

Em 2016 foi publicado um número temático da *Revista de Saúde Pública* sobre a Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos (PNAUM), componente inquérito domiciliar, realizada entre setembro de 2013 e fevereiro de 2014³¹.



Alguns artigos desse [suplemento](#) apresentam a caracterização do perfil geral de uso de medicamentos no Brasil, seja para o conjunto da população, seja para segmentos demográficos específicos.



Esta é umas das principais pesquisas da área. Que tal conhecê-la?

VIGITEL BRASIL 2018

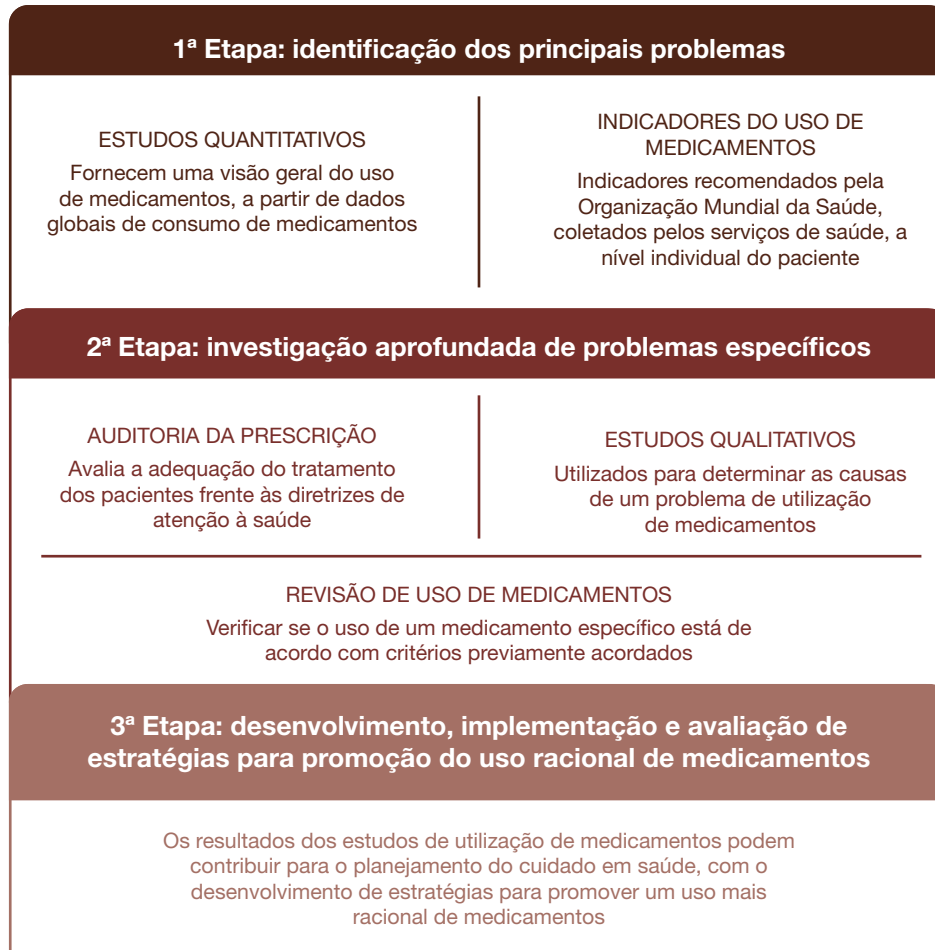
O Ministério da Saúde também divulgou os resultados da pesquisa Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico, em que foram entrevistados 52.395 adultos (≥ 18 anos de idade) das capitais dos 26 estados brasileiros e do Distrito Federal. Entre outras informações, foi abordado no questionário o uso de medicamentos. A frequência de adultos com hipertensão arterial que referiram tratamento medicamentoso da hipertensão arterial variou entre 61,7% (em Manaus) e 90,5% (em Belo Horizonte). Em relação a diabetes, esse intervalo ficou entre 76,4% (em Manaus) e 96,1% (em Rio Branco)³².

Qual seria o resultado dessa pesquisa se tivesse sido realizada em seu município?

Fonte: Imagem - Flaticon ©.

Na Figura 6, a seguir, são descritos alguns métodos e ferramentas empregados nos EUM.

Figura 6. Abordagem recomendada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para investigar o uso de medicamentos



Fonte: Elaborada a partir de dados da OMS³³.

» Estudos quantitativos

Os EUM quantitativos são realizados com o objetivo quantificar o consumo de medicamentos pela população, podendo ser utilizados para identificação de abuso ou subutilização de medicamentos, para monitoramento do uso de classes específicas (como antimicrobianos, hipnóticos, sedativos ou psicotrópicos), para o planejamento da aquisição e distribuição de medicamentos e para a comparação entre diferentes regiões e períodos²⁹.

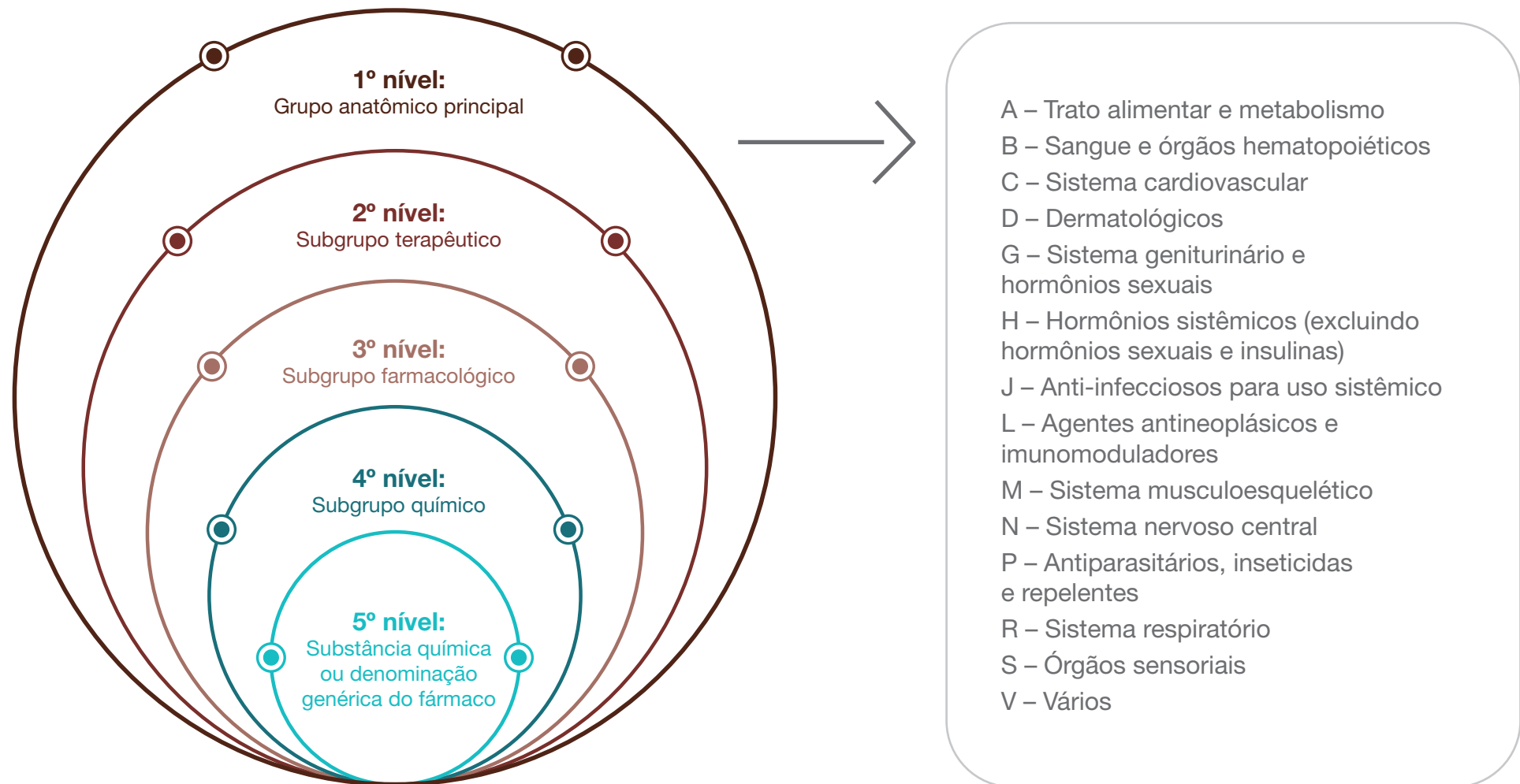
Nesses estudos são apresentadas informações como a prevalência de uso de medicamentos por estratos populacionais (idade, sexo, morbidade, entre outras características) e para diversas classes de medicamentos, número médio de medicamentos utilizados, relação de medicamentos mais utilizados e respectivos custos^{25,27,29-31}. Para comparação do padrão de consumo de medicamentos em nível internacional, nacional ou local, a OMS recomenda o sistema de classificação e mensuração de medicamentos Anatomical Therapeutic Chemical/Defined Daily Dose (ATC/DDD)³⁴.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

No sistema de classificação ATC, os princípios ativos são divididos em diferentes grupos, organizados em uma hierarquia de cinco níveis, de acordo com o sítio de ação ou sistema orgânico no qual age o fármaco (1º nível) e sua ação terapêutica (2º, 3º, 4º e 5º níveis)^{34,35}, como pode ser observado na Figura 7.

Figura 7. Níveis hierárquicos do sistema de classificação ATC

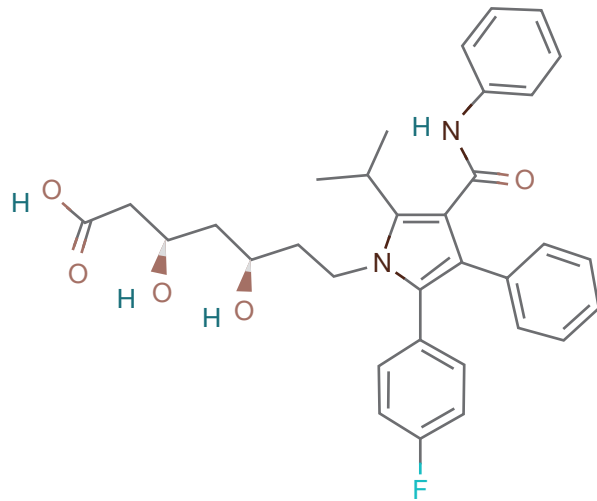


Fonte: Elaborada a partir de dados da OMS³⁴.

Na Aula 3, no Módulo 1*, vimos o passo a passo para acompanhar o faturamento da dispensação do medicamento atorvastatina, utilizado para o tratamento de dislipidemia, conforme Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde, pelo tabulador do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIASUS).

Retomando esse exemplo, a Figura 8 apresenta a estrutura completa da atorvastatina pelo sistema de classificação ATC.

Figura 8. Fórmula estrutural e classificação ATC da atorvastatina



C	Sistema cardiovascular
C10	Agente modificador de colesterol
C10A	Agente modificador de colesterol, isolado
C10AA	Inibidores da hidroximetilglutaril-coenzima A (HMG-CoA) redutase
C10AA05	Atorvastatina

Fonte: OMS e National Center for Biotechnology Information©.

A seguir, listamos alguns conceitos básicos referentes ao sistema de classificação ATC:

1. Os princípios ativos são classificados de acordo com o seu uso terapêutico principal, para cada via de administração³⁴;

2. Uma substância pode receber mais de um código ATC, se estiver disponível³⁴:

» em duas ou mais concentrações com usos terapêuticos diferentes³⁴, como:

Ex.: Finasterida³⁴

D11AX10 – tratamento da calvície masculina³⁴

G04CB01 – tratamento da hipertrofia prostática benigna³⁴

» em duas ou mais vias de administração³⁴:

Ex.: “Prednisolona

A07EA01 – anti-inflamatório intestinal (enema – via retal)

C05AA04 – anti-hemorroida para uso tópico (supositório – via retal)

D07AA03 – corticoide em preparação dermatológica (creme, pomada, loção – uso tópico)

H02AB06 – corticoide de uso sistêmico (comprimido – via oral; solução injetável – via parenteral)

R01AD02 – descongestionante nasal (*spray* nasal e gotas – via nasal)³⁴”

» em diferentes formas estereoisoméricas e pró-farmacos³⁴;

» em associação com outro princípio ativo³⁴:

Ex.: “M01AE02 – naproxeno; M01AE52 – naproxeno e esomeprazol; M01AE56 – naproxeno e misoprostol”³⁴.


*Nota do editor: Este livro integra a coleção *Assistência Farmacêutica na gestão municipal: da instrumentalização às práticas de profissionais de nível superior nos serviços de saúde* e apresenta o conteúdo das aulas que compõem o Módulo 4 de curso homônimo oferecido projeto *Atenção Básica: capacitação, qualificação dos serviços de Assistência Farmacêutica e integração das práticas de cuidado na equipe de saúde*, realizado no âmbito do PROADI-SUS. As aulas do Módulo 1 podem ser acessadas no vol. 1 desta mesma coleção, *Assistência Farmacêutica: da organização ao acesso a medicamentos e os desafios de sua integração à rede de atenção do SUS*.

A Dose Diária Definida (DDD) é a unidade de medida do sistema de classificação e mensuração de medicamentos ATC/DDD. Trata-se de uma medida fixa, independentemente de preço, moedas ou tamanho da embalagem, permitindo avaliação de tendências no consumo de medicamentos e comparação entre grupos populacionais, em diferentes períodos³⁴.

Por definição, a DDD é “a dose média de manutenção, por dia, para um determinado medicamento, usado para sua principal indicação em adultos”³⁴.

Alguns conceitos principais referentes ao sistema de mensuração DDD são os seguintes:

1. A DDD é estabelecida segundo recomendações da literatura, do laboratório fabricante e da experiência acumulada com cada medicamento, incluindo doses utilizadas em diferentes países;
2. É definida uma DDD para cada código ATC, com base no uso terapêutico em adultos de 70 kg, sendo expressa na forma de peso do princípio ativo;
3. São definidas diferentes DDDs para uma mesma substância quando a biodisponibilidade é diferente para as vias de administração ou quando empregadas doses diferentes para as diversas indicações;
4. Não são definidas DDDs para preparações de uso tópico, soluções intravenosas, soros, vacinas e extratos de alérgenos, antineoplásicos, anestésicos gerais e locais e contrastes radiológicos^{34,35}.

A classificação ATC e a DDD de um princípio ativo pode ser consultada no [Portal da WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology](#)³⁷ .




Para praticar: vamos pesquisar a DDD da atorvastatina?



Fonte: Imagem – Webdoc Brasil, aqui tem SUS/Levante Filmes/Conasems ©.



É importante lembrar que as doses terapêuticas para pacientes individuais e grupos de pacientes geralmente diferem do DDD, por serem baseadas em características individuais dos usuários (como idade, peso, diferenças étnicas, tipo e gravidade da doença) e farmacocinética dos medicamentos. Por essa razão, os dados de utilização de medicamentos apresentados em DDD se referem a uma estimativa aproximada de consumo. Esses dados, por sua vez, podem ser expressos em diferentes formatos (DDD/1000 hab./dia; DDD/100 leitos/dia; DDD/paciente; DDD/hab/ano)³⁴, como mostra o Quadro 2, a seguir.

Quadro 2. Indicadores de Dose Diária Definida

Indicadores de DDD	Para que serve?	Fórmula de cálculo	Interpretação do resultado	Exemplo
DDD/1000 hab/dia	Fornece uma estimativa aproximada da proporção da população tratada diariamente com um medicamento específico	$(A \times 1000) / (B \times C \times 365)$ <p>Em que,</p> <p>A = Quantidade total do medicamento vendido ou dispensado em 365 dias (na unidade de medida da DDD)</p> <p>B = DDD</p> <p>C = população (nº habitantes)</p>	<p>Ex.: 10 DDD / 1.000 hab/dia</p> <p>- Em um grupo de 1.000 habitantes, em média, são utilizadas 10 DDD de determinado princípio ativo por dia</p> <p>- 10/1.000 habitantes (1%) da população utilizam uma DDD de determinado princípio ativo por dia</p>	<p>Monitoramento do uso de psicotrópicos:</p> <p>- Dados do estado do Rio de Janeiro </p> <p>- Dados do município de Juiz de Fora (MG) </p>
DDD/100 leitos/dia	É utilizado para monitoramento do uso de medicamentos por pacientes internados	$(A \times 100) / (B \times P)$ <p>Em que,</p> <p>A = Quantidade total do medicamento consumido no período considerado (na unidade de medida da DDD)</p> <p>B = DDD estabelecida para o medicamento</p> <p>P = pacientes/dia no período considerado</p>	<p>Ex.: 10 DDD / 100 leitos / dia</p> <p>10% dos pacientes fizeram uso de uma DDD de determinado princípio ativo no período considerado</p>	<p>Implementação de programas de uso racional dos antimicrobianos em instituições de saúde:</p> <p>- Recomendações da Agência Nacional de Vigilância Sanitária </p>

(continua)

(continuação)

Indicadores de DDD	Para que serve?	Fórmula de cálculo	Interpretação do resultado	Exemplo
DDD/paciente	<p>Expressa a exposição total de um indivíduo a determinado medicamento, em um período específico</p> <p>Quando a dose efetivamente utilizada e a DDD são iguais, também expressa o número de dias de tratamento de um paciente, com determinado medicamento, no período avaliado</p>	<p>A / B</p> <p>A = Quantidade total do medicamento dispensado ou consumido pelo paciente no período considerado (na unidade de medida da DDD)</p> <p>B = DDD</p>	<p>28 DDD/paciente</p> <p>- Foram utilizados 28 DDD de determinado princípio ativo por paciente, no período avaliado</p> <p>- O tempo de exposição do paciente ao (uso do) medicamento foi de 28 dias</p>	<p>Estimativa do tempo de exposição dos indivíduos aos medicamentos, a partir de um banco de dados:</p> <p>- Dados do Medicaid (sistema de seguros de saúde gerido pelo governo dos Estados Unidos da América) </p>
DDD por habitante por ano	<p>Fornece uma estimativa do número de dias pelos quais cada habitante é, em média, tratado anualmente.</p> <p>É empregado para anti-infecciosos e outros medicamentos utilizados por curto prazo</p>	<p>(A / B) / C</p> <p>A = Quantidade total do medicamento vendido ou dispensado em 365 dias (na unidade de medida da DDD)</p> <p>B = DDD</p> <p>C = população (nº habitantes)</p>	<p>5 DDD/habitante/ano</p> <p>- Em média, cada habitante foi tratado por 5 dias com determinado medicamento, no período de um ano</p>	<p>Monitoramento da prescrição de ansiolíticos, sedativos e hipnóticos por dentistas:</p> <p>- Dados brasileiros </p>

Fonte: Elaborado a partir de dados obtidos de OMS³⁴, Castro³⁵, Martins et al.³⁷, Zorzanelli et al.³⁸, Anvisa e OPAS³⁹, Sinnott et al.⁴⁰ e Lino et al.⁴¹.



Para exercitar

De acordo com os dados de faturamento do Componente Especializado disponibilizados no SIASUS⁴², em 2018 foram dispensados 77.281.847 comprimidos de atorvastatina para o tratamento de dislipidemia no Brasil, assim distribuídos:

- » 10.176.525 comprimidos de atorvastatina 10 mg;
- » 44.009.93 comprimidos de atorvastatina 20 mg;
- » 19.610.503 comprimidos de atorvastatina 40 mg;
- » 3.484.886 comprimidos de atorvastatina 80 mg.

Nesse mesmo ano, de acordo com a estimativa divulgada pelo IBGE, a população brasileira era de 208.494.900 habitantes⁴³.

Considerando que a DDD da atorvastatina (código ATC C10AA05) é 20 mg⁴³, calcule a DDD/1.000 hab/dia. Como esse resultado pode ser interpretado?

Fonte: Imagem - Flaticon ©.

O mesmo raciocínio pode ser empregado para avaliar a tendência de consumo de medicamentos da REMUME em seu município. Além do SIASUS, outras fontes de informação podem ser utilizadas para os EUM quantitativos, tais como:

- » registros de vendas de medicamentos, obtidos por empresas especializadas;
- » registros de aquisição, distribuição e dispensação de medicamentos pelos órgãos oficiais;
- » dados de prescrições médicas hospitalares e ambulatoriais;
- » dados de produção dos serviços de saúde;
- » dados obtidos a partir de pesquisas de campo (entrevista com pacientes e/ou cuidadores, por exemplo)^{29,31,32,34}.



Fonte: Imagem – Webdoc Brasil, aqui tem SUS/Levante Filmes/Conasems ©.

»» Indicadores do uso de medicamentos

Em 1993, a OMS, em colaboração com a Rede Internacional para o Uso Racional de Drogas (INRUD, do inglês International Network of Rational use of Drugs), propôs um conjunto de indicadores destinados a avaliar o desempenho dos serviços de saúde na atenção primária⁴⁴, os quais são listados seguir.



Indicadores de prescrição

- » Número médio de medicamentos prescritos por consulta
- » Porcentagem de medicamentos prescritos pelo nome genérico
- » Porcentagem de consultas em que são prescritos antibióticos
- » Porcentagem de consultas em que são prescritos uma injeção
- » Porcentagem de medicamentos prescritos que constam na lista de medicamentos essenciais

Fonte: Imagem - Flaticon ©.



Indicadores do serviço de saúde

- » Disponibilidade da lista de medicamentos essenciais aos prescritores
- » Disponibilidade de diretrizes de tratamento
- » Disponibilidade de medicamentos principais

Fonte: Imagem - Flaticon ©.



Indicadores de assistência ao paciente

- » Tempo médio de consulta
- » Tempo médio de dispensação
- » Porcentagem de medicamentos efetivamente dispensados
- » Porcentagem de medicamentos corretamente identificados
- » Conhecimento do paciente a respeito das doses corretas

Fonte: Imagem - Flaticon ©.



Indicadores complementares do uso de medicamentos

- » Porcentagem de pacientes tratados sem medicamentos
- » Custo médio dos medicamentos prescritos por consulta
- » Porcentagem do custo de medicamentos gasto em antibióticos
- » Porcentagem do custo de medicamentos gasto em injeções
- » Porcentagem de prescrições em conformidade com as diretrizes de tratamento
- » Porcentagem de pacientes satisfeitos com os cuidados recebidos
- » Porcentagem de serviços de saúde que tem acesso a informações imparciais sobre medicamentos

Fonte: Imagem - Flaticon ©.

A coleta dos indicadores recomendados pela OMS para nível local permite compreender o comportamento dos profissionais de saúde nas Unidades Básicas de Saúde e fornece aos gestores dos serviços de saúde informações sobre o uso de medicamentos, hábitos de prescrição e aspectos importantes do atendimento ao paciente^{33,44}. Assim, esses indicadores servem de apoio para a condução das políticas farmacêuticas municipais e a partir de seus resultados podem ser instituídas práticas de promoção do uso racional.

Como vimos na *Aula 9*, no *Módulo 3**, é importante o envolvimento de todos os membros da equipe no processo de planejamento da Assistência Farmacêutica municipal. Por isso, é recomendada ampla participação da força de trabalho no levantamento das informações, na avaliação dos resultados dos indicadores, assim como na definição e implementação das intervenções para aperfeiçoamento do processo de uso de medicamentos.

Acesse a [publicação completa](#) para orientações sobre como medir os indicadores do uso de medicamentos⁴⁴. Em seguida, reflita: quais indicadores são ou poderiam ser utilizados para qualificação do cuidado em saúde em seu município?

Veja também algumas [propostas para promoção do uso racional de medicamentos](#), a partir do emprego dos indicadores do uso de medicamentos propostos pela OMS⁴⁵.



Fonte: OMS ©.

» Estudos qualitativos

Os estudos qualitativos são utilizados para entender “por que” os problemas no uso de medicamentos ocorrem, na perspectiva dos prescritores, dispensadores e usuários de medicamentos. A compreensão do comportamento das pessoas, a razão para agirem de determinada maneira e quais fatores influenciam nesse processo é fundamental para o planejamento de intervenções educativas mais assertivas^{30,33}.



Fonte: Imagem – Webdoc Brasil, aqui tem SUS/Levante Filmes/Conasems ©.

*Nota do editor: Este livro integra a coleção *Assistência Farmacêutica na gestão municipal: da instrumentalização às práticas de profissionais de nível superior nos serviços de saúde* e apresenta o conteúdo das aulas que compõem o *Módulo 4* de curso homônimo oferecido projeto *Atenção Básica: capacitação, qualificação dos serviços de Assistência Farmacêutica e integração das práticas de cuidado na equipe de saúde*, realizado no âmbito do *PROADI-SUS*. As aulas do *Módulo 3* podem ser acessadas no *vol. 3* desta mesma coleção, *Serviços farmacêuticos técnico-gerenciais: operacionalização e prática nos municípios*.

Alguns métodos, como discussão em grupo focal, entrevista em profundidade, observação estruturada e questionário estruturado, são recomendados para a realização de EUM qualitativos. Em geral, são mais complexos que os métodos quantitativos abordados anteriormente e, por essa razão, requerem certa expertise para serem aplicados³³.

Vejamos alguns exemplos no Quadro 3, a seguir

Quadro 3. Exemplos de estudos qualitativos

Exemplos de estudos qualitativos	Método
Motivações da automedicação	Grupo focal: discussão em grupo com duração de 1-2 horas sobre um determinado tópico; a discussão é gravada e analisada para identificar os principais temas e questões
Percepção de saúde, doença e cura	Entrevistas em profundidade: discussão prolongada entre um entrevistado e um entrevistador experiente, que pode incluir de 10 a 30 tópicos
Conhecimento e atitudes dos profissionais de saúde acerca das suspeitas de reações adversas a medicamentos	Questionário estruturado: uma lista de perguntas com um conjunto fixo de respostas ou opções para coleta das informações desejadas de todos os entrevistados; o questionário pode ser aplicado por um entrevistador ou preenchido pelos entrevistados
Identificação e análise de erros na administração de medicamentos	Observação estruturada: utiliza pessoas treinadas para observar uma série de encontros entre profissionais de saúde e pacientes, seguindo um formulário estruturado ou lista de verificação

Fonte: Teles Filho, Pereira Junior e Veloso⁴⁹.


»» Revisão de uso de medicamentos

A revisão de uso de medicamentos (RUE), em inglês, *Drug Use Evaluation* (DUE) ou *Drug Use Review* (DUR), trata-se da avaliação contínua, sistemática e com base em critérios do uso de medicamentos com o objetivo de garantir a oferta da terapia medicamentosa ideal³³. É específica para um medicamento ou uma doença e é estruturada para avaliação integral dos processos de prescrição, dispensação e administração de medicamentos, contemplando:

- » **Uso:** indicação apropriada para medicamento, ausência de contraindicações;
- » **Seleção:** medicamento apropriado para condição clínica;
- » **Dose:** dose, posologia e duração do tratamento adequados;
- » **Interações:** ausência de interações medicamento-medicamento, medicamento-alimento, medicamento-exame;
- » **Preparo:** etapas envolvidas no preparo de um medicamento para administração;
- » **Administração:** etapas envolvidas na administração do medicamento, quantidade administrada;
- » **Educação em saúde:** orientações sobre medicamentos e doenças dadas aos pacientes;a
- » **Monitoramento:** clínico e laboratorial;
- » **Resultados clínicos obtidos**³³.

Por estarem centradas na adequação de uso de medicamentos, quando da identificação de não conformidades, devem ser realizadas intervenções com os profissionais de saúde e pacientes³³.

Além de promover a segurança do paciente, a RUE pode contribuir para o desenvolvimento de diretrizes de atenção à saúde, avaliação da efetividade dos medicamentos pelos serviços de saúde, prevenção de problemas relacionados a medicamentos e otimização dos custos³³.

Uma experiência exitosa na aplicação desse método ocorreu em no Complexo Hospitalar Universitário Professor Edgard Santos, situado em Salvador (BA), quando da análise do uso do medicamento imipenem após a reestruturação de um sistema de auditoria antimicrobiana⁵⁰. Consulte o [artigo na íntegra](#)  para saber mais.

Importante!

Os erros de medicação (prescrição, dispensação e administração de medicamentos) também são objeto frequente dos EUM⁵¹. Esse tema também será abordado na *Aula 18 – Oferta de medicamentos: organização e integração de práticas profissionais*.



Fonte: Imagem - Flaticon ©.



Fonte: Imagem – Webdoc Brasil, aqui tem SUS/Levante Filmes/Conasems ©.

Em suma, os resultados dos estudos de utilização de medicamentos podem ser considerados fontes de orientação para as práticas, direcionando os profissionais para o enfrentamento dos problemas existentes, visando o cumprimento da missão dos serviços farmacêuticos nas Redes de Atenção à Saúde que é contribuir para os cuidados de saúde individuais e coletivos da população, com serviços integrados e comprometidos com o acesso equitativo a medicamentos essenciais, de qualidade, e seu uso racional, para atingir o mais alto nível de saúde possível^{19,30}.

Integração dos serviços farmacêuticos gerenciais com os serviços de saúde para a qualificação do cuidado

Retomaremos agora a discussão inicial desta aula: com os serviços farmacêuticos prestados pelo SUS e os milhões de reais investidos na aquisição de medicamentos, como e/ou quanto estamos contribuindo para a melhoria da saúde das pessoas? O que mais podemos fazer?

O primeiro fato a comemorar são os resultados da PNAUM inquérito domiciliar quanto à avaliação do acesso a medicamentos para o tratamento de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil, como hipertensão, doenças cardiovasculares, doença pulmonar obstrutiva crônica, diabetes, artrite e depressão. Por meio dessa pesquisa foi evidenciado que 94,3% dos usuários entrevistados que referiram ter diagnóstico e indicação médica de tratamento para DCNT conseguiram todos os medicamentos que precisavam, nas farmácias da rede pública do SUS, farmácias do Programa Farmácia Popular (rede própria e farmácias privadas conveniadas) ou farmácias privadas em geral. Quando somados os entrevistados que referiam acesso total e parcial aos medicamentos, a prevalência foi de 99,5%, ou seja, quase a totalidade da população estudada⁵².



Fonte: Imagem – Webdoc Brasil, aqui tem SUS/Levante Filmes/Conasems ©.

Cabe recordar que o acesso aos medicamentos é um requisito fundamental para o sucesso terapêutico, porém, não é suficiente. Para resolutividade dos problemas de saúde também é essencial a sua utilização adequada pela população. Nesse aspecto, a mesma pesquisa demonstrou grandes desafios: cerca de um terço da população entrevistada apresentou baixa adesão ao tratamento farmacológico das DCNT e apenas 2,6% foram classificados como aderentes aos tratamentos prescritos⁵³.

Quanto ao problema de não adesão ao tratamento medicamentoso, os EUM abordam diversas razões, como o número de medicamentos e doses prescritas, a ocorrência de reações adversas, a própria doença de-

pendendo da forma como o paciente enfrenta a doença e seus sintomas, a interface paciente-profissional de saúde, o custo ou irregularidade no acesso aos medicamentos^{53,54}.

No que se refere à contribuição dos serviços farmacêuticos gerenciais na qualificação do cuidado em saúde, pelas diversas aulas que compõem o *Módulo 2**, pudemos compreender que a disponibilidade dos medicamentos deve ser coerente com a situação epidemiológica no município, com suficiência, regularidade e qualidade.



Fonte: Imagem – Webdoc Brasil, aqui tem SUS/Levante Filmes/Conasems ©.

***Nota do editor:** Este livro integra a coleção *Assistência Farmacêutica na gestão municipal: da instrumentalização às práticas de profissionais de nível superior nos serviços de saúde* e apresenta o conteúdo das aulas que compõem o *Módulo 4* de curso homônimo oferecido pelo projeto *Atenção Básica: capacitação, qualificação dos serviços de Assistência Farmacêutica e integração das práticas de cuidado na equipe de saúde*, realizado no âmbito do *PROADI-SUS*. As aulas do *Módulo 2* podem ser acessadas no vol. 2 desta mesma coleção, *Gestão e planejamento da Assistência Farmacêutica no SUS*.

Conforme destacado pela OMS nos indicadores do uso de medicamentos, a existência de uma lista de medicamentos essenciais e a disponibilidade física desses medicamentos nos serviços de saúde são alguns dos fatores condicionantes para o acesso aos medicamentos⁴⁴.

Apesar de ser de conhecimento amplo que a seleção de medicamentos constitui um eixo orientador para as ações de planejamento e de organização da Assistência Farmacêutica, apenas uma minoria dos municípios do país possui uma Comissão de Farmácia e Terapêutica. Ainda, nos municípios em que a Relação Municipal de Medicamentos está instituída, grande parte dos gestores da Assistência Farmacêutica avalia que a lista atende parcialmente as necessidades de saúde da população, evidenciando o enorme desafio que tem sido a implementação do processo de seleção de medicamentos de forma descentralizada⁵⁵.



Fonte: Imagem – Webdoc Brasil, aqui tem SUS/Levante Filmes/Conasems ©.

Por outro lado, o desabastecimento de medicamentos nas farmácias e dispensários públicos permanece uma barreira de acesso aos medicamentos no SUS. Pela PNAUM-Serviços também foi evidenciado que, em 2014, a disponibilidade média de cinquenta medicamentos traçados na atenção primária era de 52,9%, bastante inferior à recomendação mundial (pelo menos 80%, segundo a OMS), com diferenças entre as regiões do país e municípios de diferentes portes populacionais (capitais, municípios maiores de cada região e os de menor porte). Em relação ao tipo de falta, constavam medicamentos importantes para o tratamento de doenças crônicas e de importância epidemiológica⁵⁶.



Fonte: Imagem – Webdoc Brasil, aqui tem SUS/Levante Filmes/Conasems ©.

Mas, como podemos enfrentar ou minimizar as situações de desabastecimento de medicamentos nos municípios?

Quadro 4. Gestão do processo de desabastecimento

Ações de avaliação:

1. Análise das causas e expectativa de duração do desabastecimento, a partir da consulta:
 - » às áreas pertinentes da Secretaria Municipal de Saúde, ou em caso de medicamentos fornecidos pela Secretaria Estadual de Saúde ou pelo Ministério da Saúde, a estes órgãos
 - » aos fornecedores (fabricantes e distribuidores)
 - » à Anvisa, se necessário

Essa ação auxilia na determinação da capacidade da Assistência Farmacêutica municipal para enfrentar o problema e no planejamento de intervenções

2. Análise da ameaça de (des)assistência e eventuais custos adicionais, considerando a expectativa de consumo mensal, o estoque remanescente do medicamento, indicações de uso, essencialidade e existência de alternativas terapêuticas

Ações operacionais:

1. Identificação de alternativas terapêuticas para o medicamento em falta, com o apoio da Comissão de Farmácia e Terapêutica
2. Identificação da existência de outras vias de acesso ao medicamento, tais como programas estaduais de assistência farmacêutica ou o Programa Farmácia Popular do Brasil
3. Divulgação de informações e orientação adequada à equipe da saúde e aos usuários, referente ao medicamento em falta, alternativas terapêuticas disponíveis, protocolos terapêuticos provisórios para tais alternativas e um plano de enfrentamento da crise
4. Integração com a equipe de saúde do município, demais gestores do SUS e serviços de saúde, visando identificar medidas a serem tomadas conjuntamente
5. Definição de critérios de priorização/seleção de pacientes, com o apoio da Comissão de Farmácia e Terapêutica e dos médicos dos principais serviços que prescrevem o medicamento, principalmente quando as alternativas terapêuticas são escassas
6. Identificação de fornecedores alternativos, a fim de evitar a ruptura brusca do estoque do medicamento

Ações externas:

São recomendadas quando a governabilidade do município sobre o problema é limitada, como nos casos de medicamentos sem alternativa terapêutica:

- » Divulgação para associações de pacientes, conselhos de usuários ou órgãos de defesa do consumidor, a fim de evitar demandas judiciais devido à assistência com opções alternativas ou irregularidade na oferta
- » Comunicação aos órgãos de vigilância sanitária de todos os níveis de governo, que diante do desabastecimento de medicamentos essenciais podem contribuir, por exemplo, com a identificação do motivo do desabastecimento (ex.: decisão administrativa de interrupção de produção, recolhimento voluntário ou inadequação à legislação sanitária), discussões com outros fabricantes para incentivar a produção, orientação técnica em casos de inadequação às boas práticas de fabricação, agilização dos processos de fiscalização, publicação dos documentos sanitários, entre outras ações

Fonte: Elaborado a partir de Reis e Perini⁵⁷ e Oliveira et al.⁵².

A gestão do processo de desabastecimento depende de planejamento, comunicação assertiva, monitoramento contínuo, além do envolvimento de pessoas, porém, mais importante que gerenciar a falta é evitar a sua ocorrência, o que é possível por meio de planejamento e monitoramento adequados da cadeia de abastecimento farmacêutico⁵⁷, como já vimos em aulas anteriores.

Considerando os pressupostos do Uso Racional de Medicamentos, as atividades de seleção, programação, armazenamento e distribuição de medicamentos devem ser desenvolvidas com a finalidade de disponibilizar o medicamento certo, para o paciente certo, no momento em que ele precisa, a fim de atender as suas necessidades individuais. O desenvolvimento de serviços farmacêuticos através de atividades técnico-gerenciais é fundamental para que a Assistência Farmacêutica integre a rede de atenção à saúde como sistema de apoio, garantindo o abastecimento dos medicamentos nos diferentes pontos de atenção, condição essencial para a continuidade do cuidado e a integralidade da atenção^{28,58}.



Fonte: Imagem – Webdoc Brasil, aqui tem SUS/Levante Filmes/Conasems ©.

O URM também pressupõe a prescrição apropriada, a dispensação em condições adequadas e o consumo de medicamentos nas doses indicadas, nos intervalos definidos e no período indicado²⁸. Assim, além da oferta dos medicamentos, os serviços precisam orientar o seu uso correto e monitorar a sua utilização, contexto em que estão inseridas as práticas clínicas e o cuidado farmacêutico nos pontos de atenção à saúde⁵⁸.

Enquanto profissionais de saúde e gestores dos serviços farmacêuticos no SUS temos a oportunidade de contribuir para a melhoria da saúde de milhares de pessoas. Os estudos de utilização de medicamentos, por sua vez, podem ser nossos grandes aliados nos processos de planejamento da Assistência Farmacêutica municipal.

Vamos nos apropriar das informações e repensar as nossas práticas para que sejamos os arquitetos das boas notícias em nossos municípios.

Figura 9. *Armandinho*, charge de Alexandre Beck, ilustrador e cartunista brasileiro.



Fonte: <https://tirasarmandinho.tumblr.com/>, acesso em 31 dez. 2019.

Síntese da Aula

Nesta aula, tratamos da importância da integração dos serviços farmacêuticos técnico-gerenciais nas redes de atenção à saúde, visando garantir o abastecimento de medicamentos nos pontos de atenção à saúde. Para tanto, utilizamos como ponto de partida a reflexão sobre os medicamentos enquanto tecnologia para o cuidado em saúde, bem como os estudos de utilização de medicamentos, ferramentas valiosas para direcionamento das práticas profissionais e definição de estratégias para promover um uso mais racional de medicamentos.

Referências

1. Vecina Neto G. Noções de administração hospitalar. In: Fernandes AT. Infecção hospitalar e suas interfaces com a área da saúde. São Paulo: Atheneu; 2000. p. 1691-99.
2. Motta PR. Gestão contemporânea: a ciência e a arte de ser dirigente. Rio de Janeiro: Record; 1991.
3. Brasil. Constituição, 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal; 1988.
4. Brasil, Ministério da Saúde. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 set. 1990; Seção 1. p. 1-5.
5. Scheffer MC, Aith FMA. O sistema de saúde brasileiro. In: Martins MA, Carrilo FJ, Alves VAF, Castilho EA, Cerri GG, organizadores. Clínica Médica. 2ª ed. Barueri: Manole; 2015. v. 1, p. 355-365.
6. Castro MC, Massuda A, Almeida G, Menezes Filho NA, Andrade MV, Noronha KVMS, et al. Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future. Lancet [Internet]. Jul 2019 [acesso em 27 fev.2020];394(10195):345-56. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(19\)31243-7/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(19)31243-7/fulltext).
7. Tamaki EM, Tanaka OY, Felisberto E, Alves CKA, Drumond Junior M, Bezerra LCA, Calvo MCM, Miranda AS. Metodologia de construção de um painel de indicadores para o monitoramento e a avaliação da gestão do SUS. Ciência & Saúde Coletiva. 2012 [acesso em 27 fev. 2020]; 17(4):839-49. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232012000400007&script=sci_abstract&lng=pt.
8. Chiavenato I. Introdução à administração geral. 3ª ed. Barueri: Manole; 2009.

9. Organización Panamericana de la Salud (OPAS). Servicios farmacéuticos basados en la atención primaria de salud: documento de posición de la OPS/OMS. (La renovación de la atención primaria de salud em las Américas, n. 6). Washington DC: OPAS; 2013. [acesso em 29 fev. 2020]. Disponível em: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/SerieRAPSANO6-2013.pdf>.
10. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica – Caderno 1: Serviços farmacêuticos na Atenção Básica à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. [acesso em 29 fev. 2020]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/servicos_farmaceuticos_atencao_basica_saude.pdf.
11. Conselho Federal de Farmácia (CFF). Serviços farmacêuticos diretamente destinados ao paciente, à família e à comunidade: contextualização e arcabouço conceitual. Brasília: Conselho Federal de Farmácia; 2016. [acesso em 29 fev. 2020]. Disponível em: http://www.cff.org.br/userfiles/Profar_Arcabouco_TELA_FINAL.pdf.
12. Leite SN, Guimarães MCL, Rover MRM, Mendes SJ. Gestão da assistência farmacêutica. In: Leite SN, Soares L, Mendes SJ, Vilvert AF, Schneider LMC, organizadores. Gestão da Assistência Farmacêutica. Assistência Farmacêutica no Brasil: Política, Gestão e Clínica. Vol. 2. Florianópolis: Ed. da UFSC; 2016 [acesso em 27 fev. 2019]. p. 33-46. Disponível em: <https://unasus.ufsc.br/gestaofarmacutica/2016/11/30/colecao-de-livros-%E2%80%9CAssistencia-farmacutica-no-brasil-politica-gestao-e-clinica%E2%80%9D-2/>.
13. Araújo SQ, Costa KS, Luiza VL, Lavras C, Santana EA, Tavares NUL. Organização dos serviços farmacêuticos no Sistema Único de Saúde em regiões de saúde. Ciência & Saúde Coletiva; 2017 [acesso em 27 fev. 2020]; 22(4):1181-91. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n4/1413-8123-csc-22-04-1181.pdf>
14. Santos GAAD. The 3rd Pharmacological Revolution. American Journal of Drug Delivery and Therapeutic; 2017 [acesso em 27 fev. 2020]; 4(1:4): 1-2. Disponível em: <https://www.imedpub.com/articles/the-3rd-pharmacological-revolution.php?aid=21212>.
15. Rosenfeld S, Rangel ITM. A farmacovigilância. Cadernos de Saúde Pública; 1988 [acesso em 03 mar. 2020]; 4(3):336-341. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/csp/1988.v4n3/336-341/pt>
16. Nossa capa: Alexander Fleming e a descoberta da penicilina. J. Bras. Patol. Med. Lab. [internet]. 2009 [acesso em 27 fev. 2020]; 45(5):I-I. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1676-24442009000500001&lng=en.
17. Instituto de Tecnologia em Fármacos – Farmanguinhos. Farmanguinhos distribui medicamento para transplantados [internet]. 27 maio 2019 [acesso em 27 dev. 2020]. Disponível em: <https://www.far.fiocruz.br/2019/05/farmanguinhos-distribui-medicamento-para-transplantados/>.
18. Brasil, Ministério da Saúde. Assistência Farmacêutica. Laboratórios Oficiais. [Internet] [acesso em 27 fev. 2020]. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/assistencia-farmacutica/laboratorios-oficiais>.
19. Instituto Butantan. Homepage [internet]. 29 dez 2019 [acesso em 27 fev. 2020]. Disponível em: <http://www.butantan.gov.br/>.
20. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Balanço de 2018. Registrados 33 medicamentos com novas substâncias. Infográfico traça panorama dos principais registros de medicamentos sintéticos e biológicos concedidos no ano passado. [Internet] 13 fev. 2019 [atualizado em 14 fev. 2019; acesso em 27 fev 2020]. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/noticias>.
21. Vieira FS. Evolução do gasto com medicamentos do Sistema Único de Saúde no período de 2010 a 2016. Texto para discussão, 2356. Brasília-Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2018 [acesso em 27 fev. 2020]. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/180117_td_2356.pdf.

22. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: Rename 2020 [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde; 2019 [acesso em 27 fev. 2020]. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/renome>.
23. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria nº 3.047, de 28 de setembro de 2017. Estabelece a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – Rename 2020 no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) por meio da atualização do elenco de medicamentos e insumos da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – Rename 2018. Diário Oficial União, Brasília, DF, 29 nov. 2019. Seção 1, p. 334.
24. Souza LA. Paracelso: cientista da saúde. Brasil Escola [internet] [acesso em 29 fev 2020]. Disponível em: <https://brasilescola.uol.com.br/quimica/paracelso-cientista-saude.htm>.
25. Luz TCB, Mosegui GBG. Epidemiologia e assistência farmacêutica. In: Osorio-de-Castro CGS, Luiza VL, Castilho SR, Oliveira MA, Jaramillo NM, organizadores. Assistência farmacêutica: gestão e prática para profissionais de saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2014. p. 308-23.
26. Strom BL. What is pharmacoepidemiology? In: Strom BL, Kimmel SE, Hennessy S, organizadores. Pharmacoepidemiology. 5th ed. Chichester: John Wiley & Sons; 2012. p. 1-22.
27. Laporte JR, Tognoni G, Rosenfeld S. Epidemiologia do medicamento: princípios gerais. São Paulo: HUCITEC-ABRASCO; 1989.
28. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria nº 3.916, de 30 de outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 10 nov. 1998. Seção 1. p. 18.
29. Romano-Lieber NS. Farmacoepidemiologia. In: Storpirts S, Mori ALPM, Yochiy A, Ribeiro E, Porta V, organizadores. Farmácia Clínica e Atenção Farmacêutica. Guanabara Koogan: São Paulo; 2005.
30. Leite SN, Vieira M, Veber AP. Estudos de utilização de medicamentos: uma síntese de artigos publicados no Brasil e América Latina. Ciência & Saúde Coletiva, 2008 [acesso em 27 fev. 2020];13(Sup):793-802. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000700029&lng=en.
31. Bermudez JAZ, Barros MBA. Perfil do acesso e da utilização de medicamentos da população brasileira: contribuições e desafios da PNAUM – Inquérito Domiciliar. Rev Saúde Pública. 2016 [acesso em 27 fev. 2020];50(supl 2):2s. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v50s2/pt_0034-8910-rsp-s2-S01518-8787201605000SUPL2AP.pdf
32. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. Vigitel Brasil 2018: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2018. Brasília: Ministério da Saúde; 2019 [acesso em 27 fev. 2020]. Disponível em: <http://portal.arquivos.saude.gov.br/images/pdf/2019/julho/25/vigitel-brasil-2018.pdf>.
33. World Health Organization, Management Sciences for Health. Drug and therapeutics committees: a practical guide. Edited by K. Holloway e T. Green. France: World Health Organization; 2003 [acesso em 27 fev. 2020]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/68553>.
34. World Health Organization, Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology. ATC/DDD Index 2020 [Internet]. Atualizado em 16 dez. 2019. [acesso em 27 fev. 2020]. Disponível em: https://www.whocc.no/atc_ddd_index/.
35. Castro CGSO. Estudos de utilização de medicamentos: noções básicas. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2000 [acesso em 27 fev. 2020]. Disponível em: <https://doi.org/10.7476/9788575412657>.

36. National Center for Biotechnology Information. PubChem Database. Atorvastatin, CID=60823. Atualizado em 15 fev. 2020 [acesso em 27 fev. 2020]. Disponível em: <https://pubchem.ncbi.nlm.nih.gov/compound/Atorvastatin>.
37. Martins ELM, Amaral MPH, Ferreira MBC, Mendonça AE, Pereira MCS, Pereira DC, Ribeiro PM, Brumano LP. Dispensações de psicotrópicos anorexígenos no município de Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2012 [acesso em 27 fev. 2020]; 17(12):3331-42. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2012.v17n12/3331-3342/>.
38. Zorzaneli RT, Giordani F, Guaraldo L, Matos GC, Brito Junior AG, Oliveira MG, Souza RM, Mota RQM, Rozenfeld S. Consumo do benzodiazepínico clonazepam (Rivotril®) no estado do Rio de Janeiro, Brasil, 2009-2013: estudo ecológico. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2019 [acesso em 27 fev. 2020]; 24(8):3129-3140. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2019.v24n8/3129-3140/pt>.
39. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), Organização Panamericana da Saúde (OPAS). RM Controle – Medidas de prevenção e controle da resistência microbiana e programa de uso racional de antimicrobianos em serviços de saúde. Módulo 4 – Implantação de um programa de uso racional de antimicrobianos. [Internet] [acesso em 27 fev. 2020]. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/servicosauade/controle/rede_rm/cursos/rm_controle/inicio.htm.
40. Sinnott SJ, Polinski JM, Byrne S, Gagne JJ. Measuring drug exposure: concordance between defined daily dose and days' supply depended on drug class. *J Clin Epidemiol*. 2016 [acesso em 27 fev. 2020];69:107-13. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4881302/>.
41. Lino PA, Martins MAP, Silva M, et al. Anxiolytics, sedatives, and hypnotics prescribed by dentists in Brazil in 2010. *Biomed Res Int*. 2017 [acesso em 27 fev. 2020];2017:1-5. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5468587/>.
42. DATASUS [Internet]. [acesso em 27 fev. 2020]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>.
43. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Projeção da população do Brasil e das Unidades da Federação. [Internet] [acesso em 27 fev. 2020]. Disponível em: ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/.
44. World Health Organization (WHO). How to investigate drug use in health facilities: selected drug use indicators. Geneva: World Health Organization; 1993 [acesso em 27 fev. 2020]. Disponível em: https://www.who.int/medicines/publications/how-to-investigate_drug-use/en/.
45. Silva AS, Maciel GA, Wanderley LSL, Wanderley AG. Indicadores do uso de medicamentos na Atenção Primária de Saúde: uma revisão sistemática. *Rev Panam Salud Publica*. 2017 [acesso em 27 fev. 2020];41:132. Disponível em <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34434/v41e1322017.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
46. Naves JOS, Castro LLC, Carvalho CMS, Merchán-Hamann E. Automedicação: uma abordagem qualitativa de suas motivações. *Ciênc. saúde coletiva*. 2010 [acesso em 27 fev. 2020];15(suppl. 1):1751-62. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000700087&lng=en.
47. Figueiredo R. Noções de saúde, doença e cura como construções sócio-culturais. *BIS*. 2007 [acesso em 27 fev. 2020]; 41:6-10. Disponível em <http://periodicos.ses.sp.bvs.br/pdf/bis/n41/n41a03.pdf>.
48. Pinheiro HCG, Pepe VLE. Reações adversas a medicamentos: conhecimento e atitudes dos profissionais de saúde em um hospital sentinela de ensino do Ceará-Brasil, 2008. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2011 [acesso em 27 fev. 2020]; 20(1):57-64. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v20n1/v20n1a07.pdf>.

49. Telles Filho PCP, Pereira Júnior AC, Veloso IR. Identificação e análise de erros na administração de medicamentos em uma unidade pediátrica hospitalar. Rev Enferm UFPE on line. 2014 [acesso em 27 fev. 2020];8(4):943-50. Disponível em: www.periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem.
50. Souza NP, Noblat ACB, Noblat L. Analysis of the use of imipenem at a university hospital following the restructuring of an antimicrobial audit system. The Brazilian Journal of Infectious Diseases. 2008 [acesso em 27 fev. 2020];12:494-498. Disponível em: https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/5938/1/www.scielo.br_pdf_bjid_v12n6_v12n6a10.pdf.
51. Bergsten-Mendes G. Uso racional de medicamentos: o papel fundamental do farmacêutico. Ciência & Saúde Coletiva, 2008 [acesso em 27 fev. 2020];13(Sup):569-77. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/csc/2008.v13suppl0/569-571/pt>.
52. Oliveira MA, Luiza VL, Tavares NUL, Mengue SS, Arrais PSD, Farias MR, et al. Acesso a medicamentos para doenças crônicas no Brasil: uma abordagem multidimensional. Rev Saude Publica. 2016 [acesso em 27 fev. 2020];50(supl 2):6s. Disponível em: http://www.rsp.fsp.usp.br/wp-content/uploads/articles_xml/0034-8910-rsp-s2-S01518-87872016050006161/0034-8910-rsp-s2-S01518-87872016050006161-pt.x83902.pdf.
53. Tavares NUL, Bertoldi AD, Mengue SS, Arrais PSD, Luiza VL, Oliveira MA, et al. Fatores associados à baixa adesão ao tratamento farmacológico de doenças crônicas no Brasil. Rev Saúde Pública. 2016 [acesso em 27 fev. 2020];50(supl 2):10s. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v50s2/pt_0034-8910-rsp-s2-S01518-87872016050006150.pdf.
54. Leite SN, Vasconcellos MPC. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. Ciência & Saúde Coletiva. 2003 [acesso em 27 fev. 2020]; 8(3):775-782. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csc/v8n3/17457.pdf>.
55. Karnikowski MGO, Galato D, Meiners MMMA, Silva EV, Gerlack LF, Bós AJG, et al. Caracterização da seleção de medicamentos para a atenção primária no Brasil. Rev Saúde Pública 2017 [acesso em 27 fev. 2020];51(supl 2):9s. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51s2/pt_0034-8910-rsp-S1518-51-s2-87872017051007065.pdf.
56. Nascimento RCRM, Álvares J, Guerra Junior AA, Gomes IC, Costa EA, Leite SN, et al. Disponibilidade de medicamentos essenciais na atenção primária do Sistema Único de Saúde. Rev Saúde Pública. 2017 [acesso em 27 fev. 2020];51(supl 2):10s. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51s2/pt_0034-8910-rsp-S1518-51-s2-87872017051007062.pdf.
57. Reis AMM, Perini E. Desabastecimento de medicamentos: determinantes, consequências e gerenciamento. Ciência & Saúde Coletiva. 2008 [acesso em 27 fev. 2020]; 13(Sup):603-10. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v13s0/a09v13s0.pdf>.
58. Costa KS, Tavares NUL. Aula4 – Integração sistêmica da Assistência Farmacêutica na Rede de Atenção à Saúde. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. Gestão do Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2019 p. 94-129.

Material Complementar

World Health Organization, Management Sciences for Health. Drug and therapeutics committees: a practical guide. Holloway K, Green T, editors. France: World Health Organization; 2003 [acesso em 27 fev. 2020]. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/68553>.

Cipriano SL, Medeiros AL, Fatel KO. Programa Nacional de Segurança do Paciente: indicadores para avaliação da prescrição, do uso e da administração de medicamentos – Parte I. Belo Horizonte: Instituto para Práticas Seguras no Uso de Medicamentos; 2016 [acesso em 29 fev. 2020]. Disponível em: <https://www.ismp-brasil.org/site/wp-content/uploads/2016/06/Boletim-ISMP-Brasil-Indicadores-I.pdf>.

Cipriano SL, Medeiros AL, Fatel KO. Programa Nacional de Segurança do Paciente: indicadores para avaliação da prescrição, do uso e da administração de medicamentos – Parte II. Belo Horizonte: ISMP Brasil; 2016 [acesso em 29 fev. 2020]. Disponível em: <https://www.ismp-brasil.org/site/wp-content/uploads/2016/07/Boletim-ISMP-Brasil-Indicadores-II.pdf>.

Autora

Adriane Lopes Medeiros Simone

Professora contratada da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP); agente técnico de assistência à saúde na Coordenadoria de Assistência Farmacêutica da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Graduada em Farmácia pela Universidade de Mogi das Cruzes (UMC) em 2009. Doutora em Saúde Pública pela FSP/USP (2018), na área de Política, Gestão e Saúde e especialista em Farmácia Clínica e Hospitalar pela USP (2011). Realiza pesquisas relacionadas às políticas de medicamentos e de assistência farmacêutica, vigilância sanitária de medicamentos e farmacoepidemiologia.

16

Aula



Papel social dos medicamentos e medicalização da sociedade

Autora: Andréia Turmina Fontanella



Ementa da aula



Esta aula aborda o papel social dos medicamentos e os aspectos relacionados à medicalização da sociedade.

Fonte: Imagem - Flaticon ©.

Objetivo de aprendizagem



Compreender o papel social dos medicamentos e as influências no processo de cuidado em saúde.

Fonte: Imagem - Flaticon ©.



Introdução

No contexto da atenção à saúde, o medicamento apresenta-se como importante recurso para o cuidado. Os avanços da terapia medicamentosa são inegáveis e, desde o aparecimento dos primeiros antibacterianos, nas décadas de 1930 e 1940, têm influenciado fortemente o perfil de morbidade e mortalidade da população¹.

Os medicamentos constituem ferramentas poderosas para aliviar o sofrimento humano. Promovem a cura, prolongam a vida e retardam complicações associadas a diversas condições de saúde, facilitando o convívio entre o indivíduo e sua enfermidade e, portanto, entre o indivíduo e a sociedade.

“O medicamento deixou de ser somente um instrumento de intervenção terapêutica para converter-se em um elemento complexo, técnico e simbólico, na sociedade ocidental (p.1)².”

Por isso, para que possamos compreender seu uso, te convidamos a enxergar o medicamento para além da sua faceta farmacológica e explorar seu uso como bem de consumo social.

O conceito de saúde

Você deve lembrar da *Aula 1 - O Sistema Único de Saúde e o desafio da integração em Redes de Atenção à Saúde, no Módulo 1**, quando discutimos a concepção de saúde. Historicamente, migramos de um modelo mágico-religioso, quando se atribuía às divindades o estado de adoecimento e cura, para uma forma mais científica de compreensão da saúde, mediada pelo saber clínico, racionalizado e experimental, um modelo mais biologicista. Incorporou-se, ainda, a ideia de que as características sociais ou relacionadas ao indivíduo interferem na chance de ele adoecer, na maneira como a doença evolui e, ainda, na repercussão dessa doença.

Admite-se, modernamente, que a **saúde tem estreita relação com o modo de viver e o contexto social em que se encontram os indivíduos³**.



Fonte: Imagem – Webdoc Brasil, aqui tem SUS/Levante Filmes/Conasems ©.

*Nota do editor: Este livro integra a coleção *Assistência Farmacêutica na gestão municipal: da instrumentalização às práticas de profissionais de nível superior nos serviços de saúde* e apresenta o conteúdo das aulas que compõem o *Módulo 4* de curso homônimo oferecido projeto *Atenção Básica: capacitação, qualificação dos serviços de Assistência Farmacêutica e integração das práticas de cuidado na equipe de saúde*, realizado no âmbito do PROADI-SUS. As aulas do *Módulo 1* podem ser acessadas no vol. 1 desta mesma coleção, *Assistência Farmacêutica: da organização ao acesso a medicamentos e os desafios de sua integração à rede de atenção do SUS*.

Em sociedades complexas, como a nossa, é comum que coexistam várias concepções de saúde, as quais repercutem em diferentes ações destinadas ao cuidado com a saúde. Ou seja, um mesmo indivíduo pode recorrer a um médico e a uma referência religiosa, simultaneamente, em busca de atenção ou intervenção para saúde. A compreensão deste fenômeno pode depender da oferta de recursos (tecnológicos, culturais, econômicos), e assim cada sociedade ou indivíduo procura organizar suas ações voltadas à proteção da saúde e ao tratamento de doenças⁴.



Fonte: Imagem – Webdoc Brasil, aqui tem SUS/Levante Filmes/Conasems ©.

Refleta!

Se a saúde pode ser definida não somente pelo bem-estar físico, social e mental, e compreendemos que a saúde de um indivíduo é produto de um emaranhado de fatores políticos, socioeconômicos, culturais, ambientais e biológicos, por que enxergamos o medicamento como mero insumo tecnológico?



Fonte: Imagem - Flaticon ©.

O medicamento enquanto símbolo

Os avanços trazidos pelo modelo biologicista são diversos; associar a origem das doenças a agentes infecciosos, por exemplo, permitiu o desenvolvimento da síntese farmacêutica. A produção em larga escala de medicamentos como penicilina (antimicrobiano), isoniazida (tuberculostático), anti-hipertensivos e mesmo antineoplásicos representou enorme avanço científico, revolucionou a maneira como tratamos as doenças e foi capaz de promover mudanças até mesmo no perfil demográfico da sociedade.

“À medida que os recursos farmacológicos foram se mostrando cada vez mais efetivos, a saúde passou a ganhar o significado de assistência e acesso a bens e serviços, e os medicamentos foram promovidos a uma categoria de bem de consumo⁵.”

Saúde e medicamento deixaram de representar entidades independentes. O medicamento passou a ser a representação ou o símbolo da própria saúde⁶.

Enquanto profissionais e gestores da saúde, nossa compreensão sobre o que é um medicamento costuma ser bastante concreta. Médicos e farmacêuticos, por exemplo, estão absorvidos em uma quantidade imensa de informações técnico-científicas que vão desde os mecanismos de ação e meia-vida de eliminação ($t_{1/2}$) até aquelas que dizem respeito aos diferentes métodos para controle do estoque em um serviço de saúde, por exemplo.

Todas essas informações são fundamentais para que sejam tomadas decisões ao longo de todo o ciclo logístico do medicamento, e inclusive para sua prescrição, mas você já parou para pensar que, para o usuário, tais informações podem não fazer sentido?



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Embora o uso de um anti-hipertensivo represente, do ponto de vista científico, uma estratégia para diminuir os níveis pressóricos de um indivíduo e, com isso, evitar eventos cardíacos que podem ser fatais, para o paciente hipertenso que foi diagnosticado a partir de sua queixa – dores de cabeça recorrentes –, aquele comprimido pode representar simplesmente a oportunidade de viver uma vida sem aquelas dores.

O exemplo que apresentamos acima é bastante simples e pode ser reducionista, o que quer dizer que reduz a percepção do usuário ao desejo de que seus incômodos deixem de existir. É evidente que há outras possibilidades: há pacientes que percebem o medicamento como símbolo de sobrevivência, que afasta as chances de morte. Há outros, ainda, que entendem a necessidade de uso de um medicamento para o tratamento de uma condição médica como uma espécie de castigo, algo indesejável, mas necessário para a vida, ou seja, relacionam este à doença, e não à saúde.

O que é importante destacar nesse cenário é que, embora seja fundamental para gestores e profissionais da saúde tomar decisões relacionadas aos medicamentos fundamentando-as em seus aspectos técnico-farmacológicos, não podemos negar que, **na perspectiva do usuário, o medicamento assume um papel não apenas de substância química com um conjunto de indicações terapêuticas, mas passa a simbolizar a própria saúde** quando representa, por exemplo, a possibilidade de solução de um problema que o indivíduo, por si só, não seria capaz de resolver⁷.

Logo, podemos dizer que o usuário pode não compreender os mecanismos de ação ou as características farmacocinéticas de um determinado medicamento, mas que isso não impede que ele atribua a este um significado tão importante quanto todas as questões científicas e igualmente capazes de promover resultado.

Um exemplo bastante prático da representação do valor simbólico dos medicamentos, discutido nesta aula, é o efeito placebo.

Entende-se por *efeito placebo* a melhoria dos sintomas em resposta a fatores supostamente inespecíficos e aparentemente incapazes de produzi-lo⁸.



Fonte: Imagem – Webdoc Brasil, aqui tem SUS/Levante Filmes/Conasems ©.

Para ilustrar, vamos analisar este exemplo:

Em 2006, um grupo de psicólogos americanos interessados em estudar o efeito placebo recrutou 82 voluntários em Boston, Massachusetts, através de uma propaganda na internet. A propaganda promovia um medicamento para o tratamento da dor e procurava por voluntários para testar esse medicamento. Apesar de a propaganda anunciar um medicamento, este tratava-se apenas do que chamamos de “pílula de farinha”, ou seja, não tinha propriedade farmacológica alguma, fato que só seria revelado ao final do estudo⁹.

Os voluntários foram então submetidos a descargas elétricas na região do pulso, em diferentes intensidades, e a cada choque recebido precisavam dizer qual o nível de dor que aquele choque provocava. Uma vez realizado esse procedimento, os participantes receberam o analgésico anunciado e foram convidados a repetir a sessão de choques, mais uma vez identificando o nível de dor que sentiam, com o objetivo de avaliar se o uso do analgésico diminuía a sensação de dor.

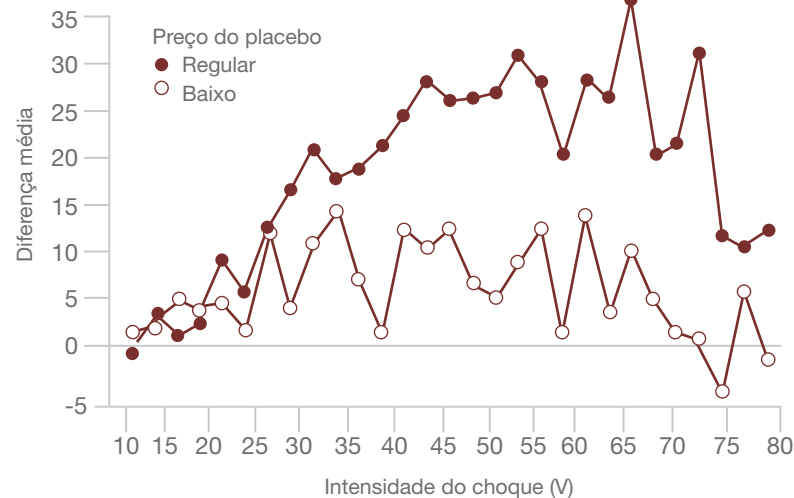


Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

O interessante foi que, ao receber o analgésico, metade dos participantes recebeu a informação de que o medicamento custava US\$ 2,50, já a outra metade, de que o mesmo medicamento custava apenas US\$ 0,10.

A Figura 10, a seguir, demonstra como foi a redução da dor dos participantes com o uso desses supostos analgésicos.

Figura 10. Diferença média da percepção de dor após a tomada do analgésico em relação à dor percebida antes da tomada



Preço Regular	41	41	41	40	37	31	27	23	21	20	18	14	12	9	8
Preço Baixo	41	41	41	40	38	31	29	27	24	19	17	11	7	5	4

Fonte: Adaptada de Waber RL, 2008 (p.1017)⁹.

Perceba que as pílulas de farinha não só foram capazes de diminuir a sensação de dor dos participantes, como a crença no seu valor monetário produziu um efeito adicional, fazendo com que aqueles que tomaram o medicamento mais caro tenham sentido maior efeito analgésico.

Esse exemplo ilustra o poder da crença, quando a expectativa de melhora foi suficiente para mudar a percepção de dor dos indivíduos. Podemos dizer que o efeito placebo apresentado aqui foi produto do valor simbólico atribuído àquele medicamento.

Se este mecanismo foi percebido mesmo na ausência de eficiência terapêutica comprovada, ou seja, com pílulas de farinha, imagine-o somado ao efeito farmacológico produzido pelos medicamentos.

É importante lembrar que, assim como existe o efeito placebo, há também o chamado efeito nocebo que, em oposição ao primeiro, diz respeito aos efeitos negativos que podem ser percebidos quando a crença, expectativa ou valor simbólico atribuído a algo é negativo⁹. Por exemplo, você já deve ter sentido, ou acompanhado algum familiar ou paciente sentir-se desmotivado, triste, ou mesmo desiludido ao receber um diagnóstico indesejado. Outras situações comumente relacionadas ao efeito nocebo são as de desconfiança, quando o paciente não acredita que a equipe de saúde está comprometida com a sua melhora, por exemplo.

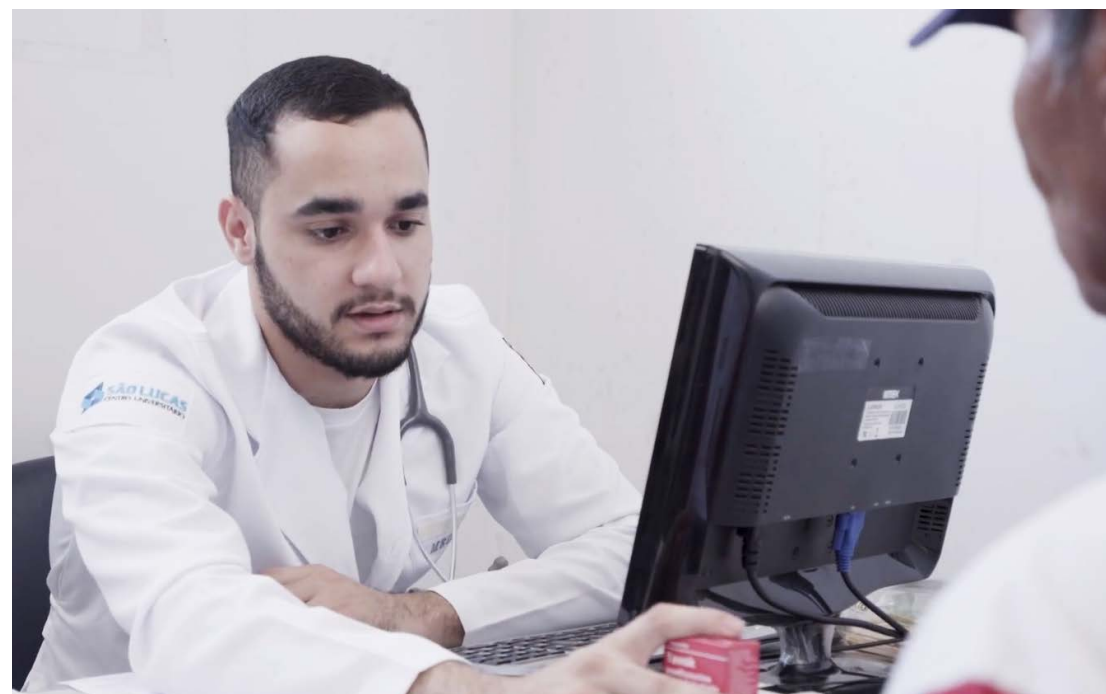


Fonte: Imagem – Webdoc Brasil, aqui tem SUS/Levante Filmes/Conasems ©.

Discutir sobre os valores simbólicos atribuídos aos medicamentos, portanto, reforça que o sucesso da ação terapêutica de um fármaco diz respeito não apenas às suas características químico-moleculares, mas que esse apresenta-se como o resultado das relações coordenadas entre o medicamento, o usuário e sistema de saúde que os envolve¹⁰.

“Assumindo a Assistência Farmacêutica como um conjunto de ações cuja finalidade é o acesso e uso racional de medicamentos, além da compreensão e do emprego dos conhecimentos técnico-científicos sobre esses produtos e sobre os processos que envolvem sua gestão, torna-se imprescindível a discussão acerca de uma prática que tenha o usuário como centro e que assuma, como finalidade, o respeito e cuidado àquilo que esse usuário entende por saúde⁴.”

Influência da indústria e da propaganda no consumo de medicamentos



Fonte: Imagem – Webdoc Brasil, aqui tem SUS/Levante Filmes/Conasems ©.

Agora que já compreendemos o que queremos dizer com medicamento como símbolo, vamos discutir um pouco sobre como a indústria e a propaganda de medicamentos valem-se desse conceito para promover seu uso.

Como discutimos anteriormente, na prática clínica é desejável que o prescritores e demais profissionais envolvidos na terapêutica do paciente abordem a questão do seu tratamento não pela faceta técnica, mas discutindo o resultado esperado em termos de ganho em qualidade de vida, diminuição no risco de complicações e outras situações que sejam perceptíveis, importantes para o cotidiano do paciente e que, fundamentalmente, representem saúde para esse indivíduo. Essa é uma das questões centrais do método clínico centrado no paciente, quando há a construção de um elo entre o ponto de vista do paciente sobre si mesmo e sua condição e o cuidado prestado a ele, tendo como produto uma conduta terapêutica de fácil adesão e melhores resultados¹¹.

Vamos estudar um pouco mais sobre o método clínico centrado na pessoa na próxima aula!

O que acontece é que, não apenas os profissionais envolvidos no processo do cuidado, mas também a indústria farmacêutica aprendeu a usar essa estratégia.

Refleta!

Na utilização de medicamentos, até onde prevalece a exigência terapêutica estritamente voltada para o controle de enfermidades e começa a pressão mercadológica a estimular o seu consumo?



Fonte: Imagem - Flaticon ©.

A compreensão da saúde enquanto valor ou desejo, sendo esta representada pelo medicamento, foi adaptada à lógica de mercado. O faturamento das indústrias farmacêuticas cresce mesmo diante da instabilidade econômica do país. Em 2017, por exemplo, o mercado brasileiro de medicamentos movimentou R\$ 56,80 bilhões, representando um crescimento, em reais, de 11,73% em relação ao mesmo período do ano anterior e ocupando a oitava posição mundial do mercado farmacêutico, com a expectativa de chegar à quinta posição em 2021¹².

E por que essa é uma indústria que cresce tanto? Tal ascensão acontece devido a algumas questões, como o crescimento do mercado de genéricos, o lançamento de novos produtos e o avanço da biotecnologia. Entretanto, nenhum desses motivos seria suficiente para explicar esse crescimento sem o uso de publicidade e propaganda.

A exploração do valor simbólico do medicamento passa a representar um dos mais poderosos instrumentos para a indução e o fortalecimento de hábitos voltados para o aumento de consumo desses itens pela sociedade⁷. A propaganda agressiva, realizada não apenas pela exposição midiática como também pelas visitas dos representantes de laboratórios farmacêuticos aos profissionais da saúde, atinge população e prescritores.

As estratégias de mercado são basicamente duas:

- I. o desenvolvimento de novos medicamentos para condições já consagradas pela medicina;
- II. a fabricação, ou “reciclagem”, de doenças para as quais algum de seus medicamentos represente a cura ou o alívio de sintomas¹³.

Em 1992, uma jornalista americana especializada na escrita de artigos sobre o mundo médico e científico publicou um livro chamado *Disease Monger* (vendendo de doenças, em tradução livre). Nesse livro, a autora lista, em dez passos, o processo de criação de uma nova doença pela indústria farmacêutica¹⁴, conforme apresentado no Quadro 5 a seguir.

Quadro 5. Dez passos para a criação de uma nova doença

1	tomar uma função normal e insinuar que há algo de errado com esta e que precisa ser tratada
2	encontrar sofrimento onde este não necessariamente existe
3	definir uma parcela tão grande quanto possível da população afetada pela “doença”
4	definir a condição como uma moléstia de deficiência ou como um desequilíbrio hormonal
5	encontrar os médicos certos
6	enquadrar as questões de maneira muito particular
7	ser seletivo no uso de estatísticas para exagerar os benefícios do tratamento disponibilizado
8	focar em aspectos secundários ou desimportantes com relação ao verdadeiro alvo da pesquisa que deu origem a essa condição
9	promover a tecnologia como magia, sem riscos
10	escolher um sintoma inespecífico, com múltiplas possibilidades de interpretação, e fazê-lo parecer um marcador de doença séria

Fonte: Adaptado de Payer L, 1992 (p. 141)¹⁴.

Dessa forma, a indústria é capaz de provocar no consumidor o desejo e a conseqüente busca por soluções para problemas que ele anteriormente sequer reconhecia ter.

Os exemplos mais emblemáticos desse fenômeno acontecem na saúde mental. Citamos aqui o caso da doença de Alzheimer, que se tornou uma das principais causas de morte nos Estados Unidos e que pouco difere da demência senil – condição “natural” do processo do envelhecimento¹⁵.



Fonte: Imagem – Webdoc Brasil, aqui tem SUS/Levante Filmes/Conasems ©.

Essa tendência do mercado farmacológico para a massificação de condições sensíveis a tratamentos médicos é chamada de medicalização, e é sobre isso que trataremos a seguir.

Antes de adentrarmos esse conceito, entretanto, cabe destacar que, embora tenhamos discorrido sobre questões tão sensíveis da indústria farmacêutica, não estamos colocando em discussão o imensurável papel tecnológico que os complexos industriais têm, sendo responsáveis pelo determinante poder de cura e tratamento de doenças, diminuindo a mortalidade, aumentando sobrevida e qualidade de vida.

Medicalização e medicamentação da sociedade



Fonte: Imagem – Webdoc Brasil, aqui tem SUS/Levante Filmes/Conasems ©.

A medicalização traduz-se como a transformação de aspectos próprios da vida em doenças, reduzindo assim a diferença entre o que é considerado normal ou aceitável e o que não o é. Conforme apresentado na sessão anterior, o ponto-chave da medicalização é a definição – quando um problema é então definido em termos médicos, descrito a partir de termos médicos, entendido através da cientificidade médica e tratado por intervenções médicas. Então, formam-se categorias inexistentes anteriormente¹⁵.

Assim, a medicalização refere-se ao controle a partir de uma racionalidade determinista, que desconsidera a complexidade da vida humana. Como consequência, angústias, mal-estar ou dificuldades, antes compreendidos como parte da complexidade e singularidade do ser humano, passam a ser considerados doenças ou transtornos diagnosticáveis e, conseqüentemente, “medicamentados”, ou seja, tratados com o uso de medicamentos, com o intuito de proporcionar alívio ou cura¹⁶.

Nesse contexto, a medicamentação seria a consequência do fenômeno mais amplo, a medicalização.

Glossário



MEDICALIZAÇÃO: transformação de aspectos próprios da vida, como as emoções, em condições médicas, doenças.

MEDICAMENTAÇÃO: uso de medicamentos em situações anteriormente não consideradas médicas e, por isso, para as quais não existia um tratamento farmacológico.

Fonte: Imagem - Flaticon ©.

Como exemplo, retomemos a questão apresentada no tópico anterior, quando discutíamos a indústria farmacêutica e falamos do Alzheimer, que se tornou uma das principais causas de morte nos Estados Unidos e pouco se difere da demência senil – condição ‘natural’ do processo do envelhecimento¹⁵. Aqui poderíamos tratar o diagnóstico de Alzheimer como um produto do processo de medicalização, e seu tratamento farmacológico, isto é, com medicamentos, a expressão do processo de medicamentação.

Esse processo de “adoecimento” traz consequências notórias. Na esfera comportamental, podemos assumir que, ao provocar a elevação da busca por soluções para problemas ainda não totalmente solucionáveis através da utilização de terapias medicamentosas (e que talvez nunca venham a sê-lo, como a beleza, a vitalidade e a “energia”), diminui-se a capacidade de aceitação, tolerância e convivência com o diferente. Poderíamos dizer que a medicalização cria um ciclo autossustentável que reforça, cada vez mais, o papel do medicamento como símbolo de saúde.



Fonte: Imagem – Webdoc Brasil, aqui tem SUS/Levante Filmes/Conasems ©.

Um outro aspecto, ainda de âmbito social, diz respeito ao acesso aos medicamentos. Seja para melhorar dores de cabeça, incômodos menstruais, tornar a pele mais vistosa, elevar a potência sexual ou emagrecer, esses medicamentos têm um custo de mercado que limita aqueles que terão ou não acesso a essa tecnologia. A oportunidade de consumo de tais itens acontece em cenários econômicos restritos. Algumas vezes, a sua aquisição por parte do usuário requer que este desvie recursos que seriam utilizados para a compra de itens importantes para a promoção da saúde, como a alimentação ou a moradia. Nessa situação não há certo ou errado; não trazemos esta questão à luz para emitir juízos de valor, mas sim para exemplificar que, em algumas situações, é possível visualizar a soberania de um modelo biológico de saúde em detrimento de um modelo de determinação social, conforme discutimos no início desta aula¹⁷.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Outra questão que emerge do processo da medicamentação, especificamente, é a crença de que o uso de um determinado medicamento não apenas trará a saúde, mas que este seria incapaz de fazer mal¹⁸. Dessa forma, esse processo pode, *per se*, provocar o que se conhece por iatrogenia, nome que se dá aos resultados negativos da prática da medicina – neste caso, representado pelo uso inadequado de medicamentos¹⁹.

Entendendo que o uso racional de medicamentos é um objetivo das ações que compõem a prática da Assistência Farmacêutica e que o uso indevido de medicamentos pode causar danos à saúde, algumas vezes irreversíveis, é importante que os profissionais da saúde estejam atentos ao fenômeno da medicalização e aos diversos aspectos relacionados à farmacoterapia do paciente, observando com cautela questões como efetividade, segurança, indicação terapêutica e adesão à terapia em questão.

Em consonância com essa preocupação, a Organização Mundial da Saúde (OMS) publicou, em 2017, um guia estratégico para redução de danos graves e evitáveis associados a medicamentos em todos os países. O objetivo das estratégias expostas pela organização é alcançar, em cinco anos, a redução de 50% dos eventos relacionados ao uso indiscriminado de medicamentos.



Fonte: Imagem – Webdoc Brasil, aqui tem SUS/Levante Filmes/Conasems ©.

Saiba mais!

Você pode ter acesso a uma versão traduzida para o português das recomendações da OMS através do relatório “*Uso de Medicamentos e Medicalização da Vida: recomendações e estratégias*” publicado pelo Comitê Nacional para a Promoção do Uso Racional de Medicamentos, da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde²⁰.



Fonte: Imagem - Flaticon ©.

Você tem promovido espaços para a discussão sobre o uso racional de medicamentos com a sua equipe? Que tal convidá-los para essa discussão, ouvir o que eles têm a dizer sobre o assunto? Conversar sobre o conceito e o uso de medicamentos na população atendida pelo município e estratégias para promoção desta racionalidade?



Fonte: Imagem – Webdoc Brasil, aqui tem SUS/Levante Filmes/Conasems ©.

Síntese da Aula

Nesta aula, estudamos o papel social dos medicamentos, aprendemos que trata-se não somente de instrumentos tecnológicos, mas também carregam consigo significados capazes de modularem até mesmo sua eficácia terapêutica. A partir da compreensão simbólica do medicamento, é possível entender os mecanismos utilizados pela indústria farmacêutica para promoção do consumo de medicamentos pela sociedade e as consequências trazidas por este fenômeno, traduzidas pelos processos de medicalização e medicamentação da sociedade.

Referências

1. Pignarre P. Que é o medicamento? Um objeto estranho entre ciência, mercado e sociedade. São Paulo: Editora 34; 1999.
2. Leite SN, Vieira M, Veber AP. Estudos de utilização de medicamentos: Uma síntese de artigos publicados no Brasil e América Latina. *Cienc e Saude Coletiva*. 2008;13(supl. 0):793-802. doi:10.1590/S1413-81232008000700029.
3. Laframboise HL. Health policy: breaking the problem down into more manageable segments. *Can Med Assoc J* [internet]. 1973 Feb 3 [acesso em 2 mar. 2020];108(3):388-91 passim. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/4691098>.
4. Santos RI, Farias MR, Pupo GD, Trindade MCN, Dutra FF, organizadores. *Assistência Farmacêutica no Brasil: Política, Gestão e Clínica*. Vol. 1. Florianópolis: Editora da UFSC; 2016.
5. Barros JAC de. *Propaganda de medicamentos: atentado à saúde?* São Paulo: Editora Hucitec. 1995.
6. Lefèvre F. A função simbólica dos medicamentos. *Rev Saude Publica*. 1983;17(6):500-3. doi:10.1590/s0034-89101983000600007.
7. Nascimento AC. “Ao persistirem os sintomas o médico deverá ser consultado”. Isto é regulação? [dissertação] [internet]. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; 2003 [acesso em 2 mar. 2020]. Disponível em: <http://www6.ensp.fiocruz.br/visa/?q=node/5247>.
8. Teixeira MZ. Bases psiconeurofisiológicas do fenômeno placebo-nocebo: Evidências científicas que valorizam a humanização da relação médico-paciente. *Rev Assoc Med Bras*. 2009;55(1):13-8. doi:10.1590/S0104-42302009000100008.

9. Waber RL, Shiv B, Carmon Z, Ariely D. Commercial features of placebo and therapeutic efficacy. *JAMA*. 2008 Mar 5;299(9):1016-7. doi:10.1001/jama.299.9.1016.
10. Castro R. Antropologia dos medicamentos: uma revisão teórico-metodológica. *Rev Antropol Soc dos Alunos do PPGAS-UFSCar*. 2012;66:37-39.
11. Castro RCL de. A abordagem centrada na pessoa no processo terapêutico da hipertensão arterial sistêmica e do diabetes mellitus em atenção primária à saúde: fatores associados e qualidade do manejo / Rodrigo Caprio Leite de Castro. 2015. 218f.
12. SINDUSFARMA. Perfil da Indústria farmacêutica e aspectos relevantes do setor. São Paulo: Sindusfarma; 2018.
13. Peres G, Job JRPP. Médicos e Indústria Farmacêutica: Percepções Éticas de Estudantes de Medicina. *Rev Bras Educ Med* [internet]. 2010 [acesso em 2 mar. 2020];34(4):515-24. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0100-55022010000400006>.
14. Payer L. *Disease-Mongers: how doctors, drug companies, and insurers are making you feel sick*. New Jersey: John Wiley & Sons; 1992.
15. Bury M. The medicalization of society: on the transformation of Human Conditions into Treatable Disorders - by Conrad, P.. *Sociol Health Illn*. 2009;31(1):147-8. doi:10.1111/j.1467-9566.2008.01145_1.x.
16. Amarante P. *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2017.
17. Temporão JG. A propaganda de medicamentos e o mito da saúde / José Gomes Temporão. 1981. 600f.
18. Akkari ACS, Munhoz IP, Tomioka J, Dos Santos NMBF, Dos Santos RF. Inovação tecnológica na indústria farmacêutica: Diferenças entre a Europa, os EUA e os países farmaemergentes. *Gest e Prod*. 2016;23(2):365-80. doi:10.1590/0104-530X2150-15.
19. Tavares FM. Reflexões acerca da iatrogenia e educação médica. *Rev Bras Educ Med*. 2007;31(2). <https://doi.org/10.1590/S0100-55022007000200010>.
20. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. *Uso de medicamentos e medicalização da vida: recomendações e estratégias*. Brasília: Ministério da Saúde; 2018 [acesso em 2 mar. 2020]. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/fevereiro/14/ERRATA-Livro-USO-DE-MEDICAMENTOS-E-MEDICALIZACAO-DA-VIDA.pdf>.

Autora

Andréia Turmina Fontanella

Mestra (2017) e Doutoranda em Epidemiologia pelo Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (PPGEPI-UFRGS), graduada (2012) em Farmácia pela Universidade de Caxias do Sul (UCS-RS), possui experiência com desenvolvimento, análise de inquéritos populacionais e pesquisa farmacoepidemiológica com ênfase em estudos de acesso, utilização e financiamento de medicamentos.

Atualmente é pesquisadora colaboradora do CPAFF (Centro de Pesquisa em Assistência Farmacêutica e Farmácia Clínica) da Faculdade de Ciências Farmacêuticas da USP Ribeirão Preto e pesquisadora ad hoc do CONASEMS (Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde). Também exerce atividade de pesquisa junto ao Instituto de Avaliação em Tecnologia da Saúde (IATS) e consultoria no Consórcio IPOGEIA.

17

Aula



Comunicação em saúde

Autor: Rangel Ray Godoy



Ementa da aula



Esta aula aborda o processo e as estratégias de comunicação em saúde aplicadas à gestão da Assistência Farmacêutica.

Fonte: Imagem - Flaticon ©.

Objetivo de aprendizagem



Conhecer e desenvolver habilidades de comunicação em saúde; aplicar estratégias de comunicação para a gestão da Assistência Farmacêutica.

Fonte: Imagem - Flaticon ©.



Introdução

Até este momento você já teve contato com uma grande quantidade de conteúdos técnicos e científicos relacionados à Assistência Farmacêutica e seu ciclo logístico. A partir de agora convergiremos para o tema do cuidado e da relação interprofissional no contexto da Atenção Básica. Nesta aula, mais precisamente, abordaremos o tema da comunicação, levantando questões mais subjetivas e que estão na origem do processo interacional nos seres humanos. Consideraremos, de maneira mais específica, a comunicação enquanto ferramenta de trabalho do profissional de saúde e sua importância na construção de uma Atenção humanizada e de um trabalho colaborativo. Então, vamos começar pelo básico, compreendendo elementos essenciais da comunicação humana e percebendo também a complexidade da linguagem humana e do fenômeno interacional.

A palavra “comunicar” vem do latim *communicare* que significa “pôr em comum”. Por meio da comunicação humana os indivíduos transmitem e recebem, de diferentes formas, ideias, informações, impressões, conteúdos etc. E, para comunicar algo, essa tentativa de “pôr em comum” exige o compartilhamento prévio de conceitos e significados. Por exemplo, imaginemos um indivíduo que em um determinado momento emite (emissor) uma mensagem do tipo: “É preciso refazer este trabalho!”. Aquele que recebe a mensagem (receptor) precisa entender o que representam as palavras: “É”, “preciso”, “refazer”, “este” e “trabalho”. Nesse caso, espera-se que ambos os interlocutores compartilhem um sistema linguístico: a língua portuguesa. Sendo assim, eles compartilham significados semelhantes para os mesmos significantes. Porém, o indivíduo não compreende apenas sons e palavras isoladamente, mas dentro de um conjunto ordenado de regras gramaticais que estabelecem as relações entre as palavras¹.

Mais do que isso, a significação se altera consideravelmente a depender de como a mensagem foi transmitida pelo emissor.



Fonte: Imagem – Webdoc Brasil, aqui tem SUS/Levante Filmes/Conasems ©.

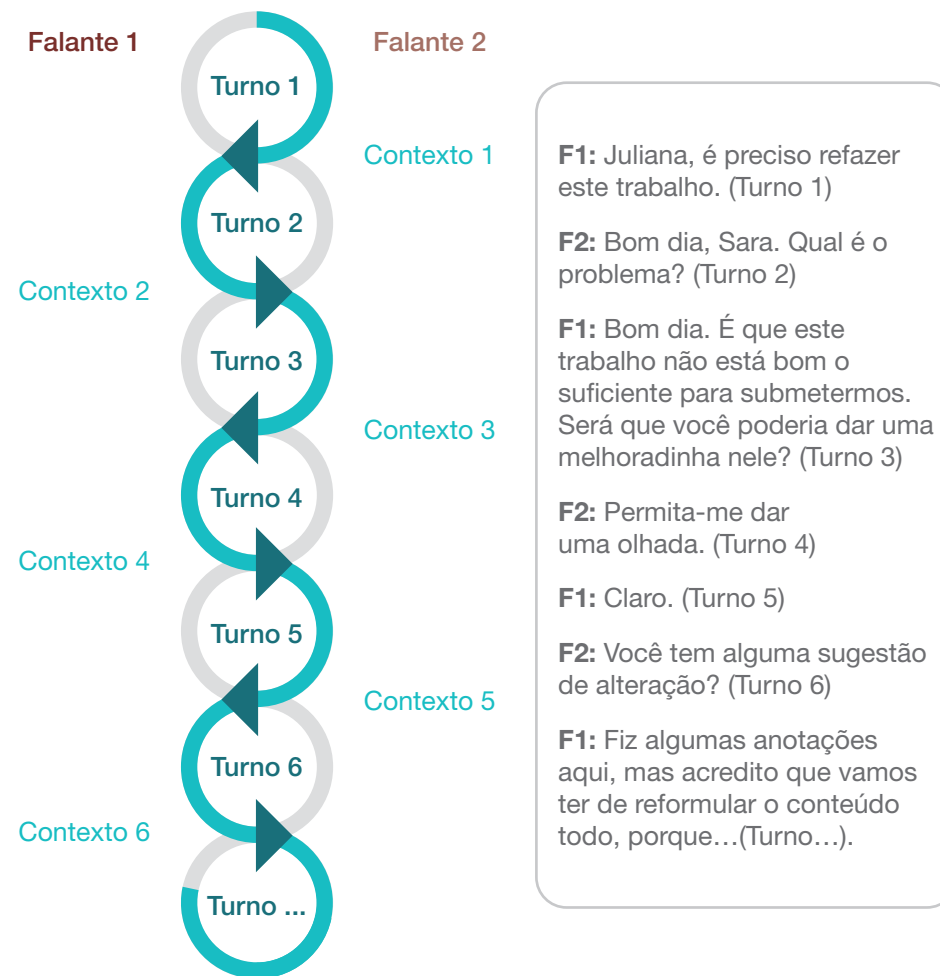
Elementos como postura corporal, direção do olhar, expressão facial, altura e tom de voz, entre outros, colorem de significados cada palavra². Ainda, o sentido global da mensagem irá depender de maneira significativa do contexto no qual ela foi criada (por exemplo: um escritório, uma sala de aula, dentro de casa etc.), das relações de poder existentes entre os interlocutores (relação patrão-empregado, professor-aluno, pai-filho etc.), das experiências prévias do emissor com relação a esse contexto, entre outras variáveis³.



Fonte: Imagem – Webdoc Brasil, aqui tem SUS/Levante Filmes/Conasems ©.

Considerando uma comunicação dialógica, a arquitetura comunicacional prevê que cada enunciado oferece ainda um **microcontexto comunicacional** com o qual o interlocutor deve lidar. Esse microcontexto é dinâmico na forma de turnos de fala, conforme ilustra a Figura 11 a seguir.

Figura 11. Representação de turnos de fala durante um diálogo



Fonte: Elaboração própria.

Como é possível observar na figura, cada turno de fala funciona como contexto precedente para Elaboração do turno subsequente. A comunicação continua até que se produzam conteúdos que indiquem o fechamento do diálogo. Nesse sentido, o conteúdo de um turno de fala influencia a produção do próximo, numa dinâmica que se constrói entre os indivíduos⁴.

No exemplo citado, o receptor da mensagem, ao construir seu turno de fala, poderia escolher entre diversas possibilidades de enunciado, por exemplo: “Não, pois o trabalho está bom” (discordância) ou “Por que você acha que esse trabalho não está bom o suficiente?” (questionamento) ou “Sim, senhora, refarei o trabalho” (concordância).

Outra possibilidade seria não dizer nada, sendo, nesse caso, o próprio silêncio o conteúdo (um conteúdo mais emblemático) da mensagem. Só não existe a possibilidade de não se comunicar.

Na Figura 11, em uma representação hipotética de um trecho desse diálogo, o falante 2 utiliza um recurso retórico, trazendo para o diálogo uma expressão de cordialidade padrão (“bom dia”) tradicionalmente utilizada como iniciador de conversa, produzindo, ao mesmo tempo, uma mensagem implícita de censura ao seu interlocutor.

A eficiência da comunicação depende, em grande parte, da competência comunicacional dos indivíduos. Para produzir um enunciado é preciso que se conheça uma série de vocábulos que possam significar o que se quer dizer. É preciso que se saiba concatenar ordenadamente os vários elementos da mensagem segundo as regras gramaticais da língua. Para isso, o indivíduo deve ser capaz de “domar o pensamento” transformando seu conteúdo em uma série linear de símbolos organizados (codificação) o suficiente para gerar sentido para o receptor da mensagem. Por fim, é preciso que o conteúdo decodificado pelo receptor se aproxime daquilo que o emissor pretendia comunicar⁵.

Finalmente, a linguagem humana não é exata, mas, sim, simbólica, opaca, polissêmica, metafórica, metonímica e com frequência uma mensagem pode carregar mais de um significado.

As diferentes línguas faladas no mundo identificam não apenas os códigos utilizados para se comunicar, mas, também, as características da cultura de determinado povo. Observemos esta passagem da canção Língua, de Caetano Veloso:

*Gosto de sentir a minha língua
roçar a língua de Luís de Camões
Gosto de ser e de estar
E quero me dedicar a criar
confusões de prosódias
E uma profusão de paródias
Que encurtem dores
E furem cores como camaleões
Gosto do Pessoa na pessoa
Da rosa no Rosa
E sei que a poesia está para a prosa
Assim como o amor está para a amizade
E quem há de negar que esta Ihe é superior?
E deixe os Portugais morrerem à míngua
Minha pátria é minha língua
Fala Mangureira!*

Quantas mensagens diferentes esse excerto transmite? A riqueza de ambiguidades e figuras de estilo torna a comunicação humana ainda mais diversa e os sentidos ainda menos exatos. A comunicação é um tema bastante abrangente e, dependendo do ponto de vista, até bastante complexo, não é mesmo? De fato, ela tem influência em todas as áreas da atuação humana: nas artes, na política, na educação e, obviamente, também na saúde!

Todo trabalho em saúde tem uma finalidade social. O próprio cuidado só existe porque a linguagem existe. Não é à toa que se estima que na Atenção Básica os profissionais passam praticamente 90% do seu tempo se comunicando. Consideramos, enfim, que comunicação é, em si, a principal ferramenta de trabalho do profissional de saúde, seja na interação com a equipe, seja na interação com o usuário, a família e a comunidade⁶.



Fonte: Imagem – Webdoc Brasil, aqui tem SUS/Levante Filmes/Conasems ©.

Processo de Comunicação: Elementos e Fases

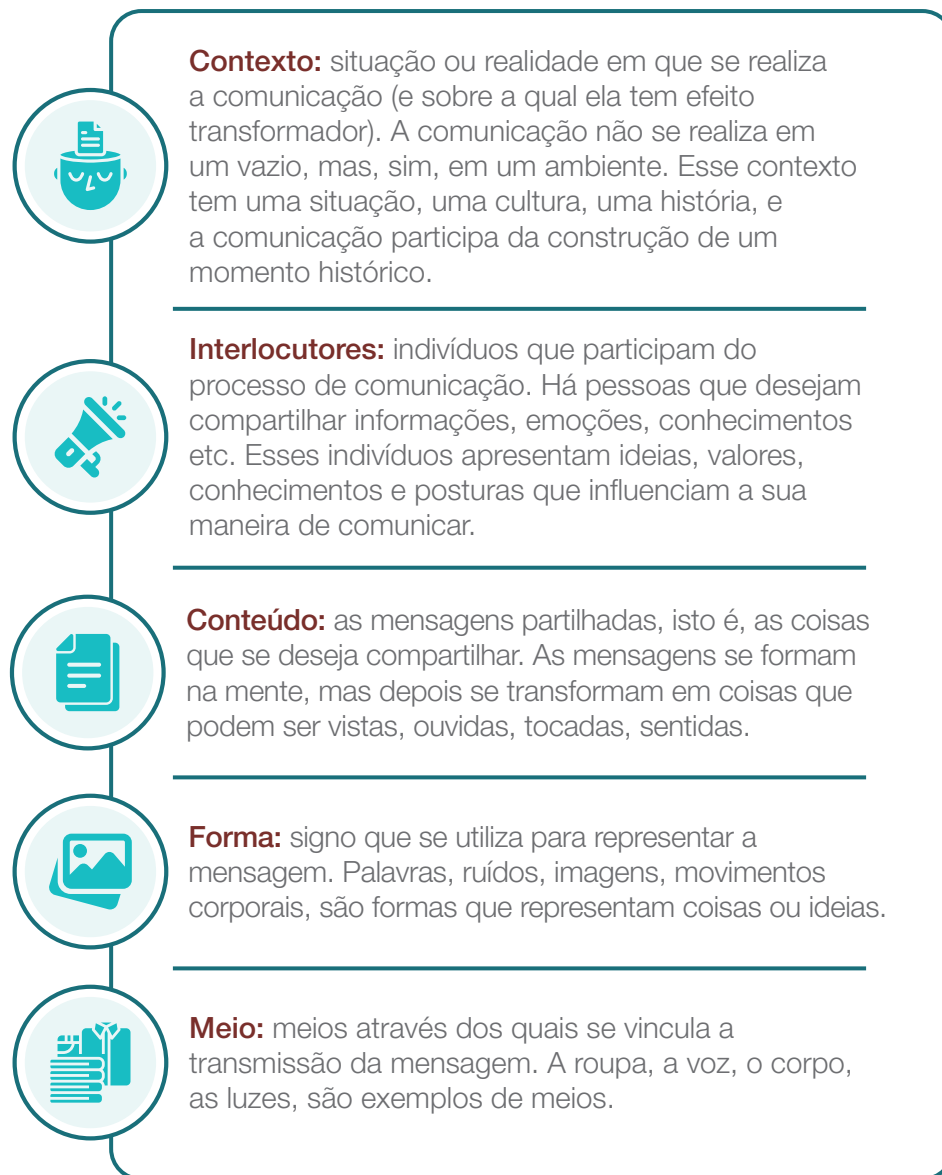
A comunicação, enquanto comportamento humano, tem sido investigada sob várias perspectivas, recebendo atenção multidisciplinar. Disciplinas de processo, como Antropologia, Sociologia, Psicologia, Filosofia e Linguística, têm uma abordagem acadêmica sobre comunicação. Já as disciplinas do comportamento se dedicam a estudar condutas específicas de comunicação, tais como Educação, Jornalismo, Literatura e Artes. E as disciplinas de conteúdo, por sua vez, se dedicam à aplicação dos conteúdos da comunicação em áreas práticas como Política, Administração e Saúde⁷. Nesta aula nos debruçaremos sobre o tema da **comunicação em saúde** enquanto objeto de estudo e habilidade específica a ser aprimorada no trabalhador da área da saúde.

Assim, podemos começar por conceitos básicos e gerais: a comunicação se manifesta de maneira **intrapessoal** (reflexão), **interpessoal** (diálogo), **grupal** (reuniões de equipe) e **organizacional** (símbolos que orientam processos em instituições).

Temos ainda o que chamamos de **comunicação de massa** (rádio, televisão, internet). Todas essas manifestações influenciam a nossa concepção de mundo, a construção da nossa personalidade, valores etc. A comunicação é, portanto, o mecanismo pelo qual a cultura e os padrões de pensamento nos foram transmitidos^{8,9}.

De forma simplificada e didática, podemos elencar alguns elementos comuns na grande maioria dos atos comunicacionais. São eles: **contexto**, **interlocutores**, **conteúdo**, **forma** e **meio**¹⁰.

Como exercício de reflexão, consideremos esses elementos com base na vivência diária na Unidade de Saúde.



Fonte: Imagem - Flaticon ©.

Nesse sentido, a Unidade de Saúde pode representar um contexto comunicacional específico. Esse é um contexto institucional no qual são ofertados serviços de saúde. O trabalhador e o paciente podem ser os interlocutores. Um indivíduo quando adentra a unidade tem um conceito sobre o ambiente (ambiente institucional, de prestação de serviços) e uma expectativa da experiência a ser vivenciada. Essa expectativa é baseada em experiências prévias nesse ambiente ou em informações de fontes externas como televisão, rádio, conversa com familiares e amigos etc. O trabalhador da saúde, por sua vez, sabe qual é a sua função e de que maneira deve, através de ações comunicacionais, acolher o paciente, informar, orientar etc.

O encontro entre profissional e paciente gera a produção e recepção de mensagens, normalmente por turnos de fala, no caso de um diálogo. Essas mensagens são produzidas através de signos e códigos compartilhados entre profissional e paciente, no nosso caso, a língua portuguesa. O meio utilizado pode ser o aparato comunicacional humano da fala e da audição, incluindo o tom, o ritmo e as pausas^{1,10}.

Os meios de comunicação devem responder às necessidades das pessoas, ajudar nas tomadas de decisão, oferecer oportunidades de expressão, de diálogo, acolher, estimular a participação social, o crescimento da consciência crítica, do conhecimento, bem como oportunizar o questionamento de estruturas sociais e políticas que não satisfazem as necessidades básicas de convívio, beleza e liberdade da população.

Podemos identificar também algumas fases específicas que compõem a comunicação, conforme listadas abaixo e descritas em detalhes em seguida. Você consegue identificá-las na sua experiência pessoal de comunicação?

- » Pulsão vital
- » Interação
- » Seleção
- » Percepção
- » Decodificação
- » Interpretação
- » Incorporação
- » Reação

O ser humano, assim como qualquer outro ser vivo, se comporta como um sistema aberto, em constante interação e que necessita dessa interação para se manter vivo. Esse mecanismo, ou **pulsão vital**, é parte de um sistema adaptativo que constantemente interage com o meio físico e social, no qual um dos mecanismos de **interação** é a comunicação. Por isso mesmo o indivíduo é instrumentado por diversos aparatos comunicacionais: a pele, a boca, o ouvido, os olhos, a língua etc. De todas as informações que recebe do meio o indivíduo **seleciona** aquilo que deseja compartilhar, e essa seleção é, por vezes, consciente, mas também pode ser inconsciente. A **percepção** é como o indivíduo sente os estímulos que recebe do meio. As mensagens recebidas vêm em forma de códigos que precisam ser **decodificados** para que possam ter significado: compreendemos a nossa língua, os gestos associados à nossa cultura e os associamos a ideias, conceitos, objetos correspondentes¹⁰.

A **interpretação** de uma mensagem guarda relação com elementos internos que, além da compreensão das palavras, têm relação com o sentido do seu conteúdo global. Essa interpretação depende do contexto, da personalidade, do conhecimento e das intenções do interlocutor. A **incorporação** da mensagem depende de quão abertos estamos para aquele conteúdo, pois, depois de interpretá-la, fazemos o exercício de rejeitá-la ou aceitá-la. Por fim, ocorre a **reação** que se refere aos resultados, do ponto de vista comunicacional, que a incorporação da mensagem alcança. As transformações que a mensagem provoca, portanto, podem ser de natureza intelectual, emocional ou física¹⁰.



Fonte: Imagem – Webdoc Brasil, aqui tem SUS/Levante Filmes/Conasems ©.

Os elementos e as fases da comunicação são essenciais para realizar uma análise comunicacional, além disso permitem que comecemos a reconhecer, refletir, criticar e melhorar nossas ações comunicacionais.

Mas por que é importante fazer esse tipo de exercício? Vamos refletir um pouco.

Posso escolher não me comunicar?

De um ponto de vista comportamental, dizemos que todo comportamento é comunicação e mesmo a intenção de não se comunicar transmite essa intenção. Da mesma forma, a dificuldade em se comunicar adequadamente pode causar sentimentos negativos, gerando desconforto, sensação de isolamento, solidão etc. Basta lembrar que, dentre as várias técnicas de tortura das bárbaras ditaduras sul-americanas infligidas aos presos políticos, uma era a reclusão e a ausência de comunicação por longos períodos.



Fonte: Imagem – Webdoc Brasil, aqui tem SUS/Levante Filmes/Conasems ©.

Tenho sido preparado para me comunicar?



Fonte: Imagem – Webdoc Brasil, aqui tem SUS/Levante Filmes/Conasems ©.

A educação pode ser considerada como um mecanismo de facilitação da comunicação, uma vez que ela busca, entre outras coisas, aproximar conceitos e culturas, no sentido de promover uma facilitação, uma melhoria na qualidade da comunicação, melhorando, conseqüentemente, a sociedade. Lembre-se que sociedade e comunicação são dois lados de uma mesma moeda¹¹.

Como construo uma sociedade mais ética e justa?

A comunicação, do ponto de vista das humanidades, pode ser considerada uma ferramenta para a construção da realidade social através da *performance*, execução e desempenho relacional, ou seja, não se limita a um mero intercâmbio de mensagens. Assim, percebemos que a comunicação, mais do que conceituar, nomear e definir, também é uma ferramenta para desempenhar tarefas. Realizar coisas, executar tarefas na sociedade exige reflexão ética e estética, pois é à partir dessas tarefas que construímos a realidade social.



Fonte: Imagem – Webdoc Brasil, aqui tem SUS/Levante Filmes/Conasems ©.

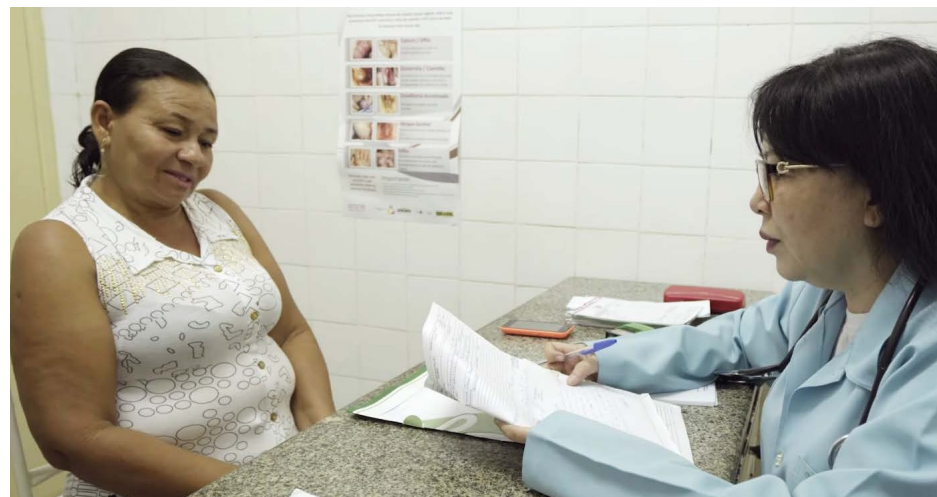
Qual o objeto do meu trabalho?

Nós, trabalhadores da saúde, por exemplo, utilizamos a comunicação como ferramenta para realização de grande parte do nosso trabalho na interação com os outros, no cuidado em saúde¹². Estando mais atento aos processos comunicacionais, identificando seus elementos, suas consequências, podemos perceber o quanto a comunicação é importante nas ações que desempenhamos no nosso dia a dia. Isso pode nos deixar intrigados com o fato de que temos ignorado a comunicação enquanto disciplina, enquanto habilidade que pode ser melhorada e o quanto isso pode impactar no nosso trabalho, na nossa vida pessoal, no meio social, na construção de um mundo melhor.

Mais adiante trataremos da comunicação da perspectiva das ações práticas desenvolvidas no campo da saúde, com o objetivo de trazer conceitos relacionados à comunicação em saúde e elementos para reflexão sobre nossas ações comunicacionais no trabalho e de que maneira elas impactam na construção de um modelo de saúde inclusivo e humanizado.

Comunicação em Saúde

Você já parou para pensar que o cuidado em saúde existe somente porque existe comunicação?



Fonte: Imagem – Webdoc Brasil, aqui tem SUS/Levante Filmes/Conasems ©.

É a partir da linguagem que a saúde migra do campo individual para o social. Os indivíduos, quando se sentem doentes normalmente buscam auxílio com o outro, ou com um grupo. A linguagem permite expressar as sensações físicas e psicológicas. A dor deixa de ser uma experiência individual, podendo ser relatada e compartilhada. E é a partir desse fenômeno que surgem as instituições de saúde, que fornecem cuidado aos indivíduos.

Ainda assim, durante muito tempo a comunicação, enquanto objeto de estudo na área da saúde e habilidade laboral a ser desenvolvida pelo profissional dessa área, foi negligenciada em detrimento de conteúdos técnicos biologicistas. Esse período coincide com a supremacia do paradigma biomédico na saúde.

Nos últimos anos, principalmente com o aumento da complexidade e da demanda dos serviços de saúde, tem-se evidenciado a relevância das habilidades comunicacionais para melhorar a segurança do paciente e a qualidade do cuidado prestado. O aprimoramento dessas habilidades torna a Atenção menos fragmentada e promove um ambiente de trabalho menos estressante e mais colaborativo¹³.

Sabemos que a comunicação adequada entre profissionais e pacientes melhora o prognóstico de doenças, aumenta a adesão ao tratamento e a satisfação do paciente com o serviço, além de melhorar a saúde mental dos pacientes, reduzir sintomas, queixas e processos contra profissionais de saúde e reclamações sobre o sistema de saúde¹⁴. Estima-se que na Atenção Básica os profissionais passam praticamente 90% do seu tempo se comunicando. Não por acaso, a maioria dos serviços desenvolvidos na Atenção Básica é resultado de ações comunicacionais.



Fonte: Imagem – Webdoc Brasil, aqui tem SUS/Levante Filmes/Conasems ©.

Você sabia?



Comunicar-se bem não significa apenas o sucesso ou insucesso na emissão e compreensão de mensagens, é também fazer coisas, ou seja, quando você diz algo, você está desenvolvendo uma ação comunicacional. Com ela você pode denotar, conotar, explicar, confundir, autorizar, desautorizar, informar, iludir, consolar, desconsolar, iniciar, acabar etc., afetando diversos âmbitos da vida humana. No contexto do trabalho em saúde, comunicar exige técnica, ética, estética e responsabilidade.

Fonte: Imagem - Flaticon ©.

As funções da comunicação no contexto da saúde são inúmeras e dependem dos objetivos e crenças dos partícipes, bem como dos objetivos da instituição de saúde. Podemos dizer que com a comunicação em saúde busca-se informar, persuadir, gerar mudanças de comportamento, ensinar, problematizar, aprender, discutir e muito mais¹⁴.

A habilidade comunicacional é o fundamento que dá sentido à prática do trabalhador de saúde. O padrão comunicacional nas instituições se reflete na construção do modelo de saúde. Modelos de saúde médico-centristas e fragmentados têm a característica de negligenciar a importância da qualidade da comunicação. No SUS, busca-se a construção de um modelo de saúde humanizado estruturado em Redes de Atenção, com práticas colaborativas, interdisciplinares, focadas na pessoa, que respeitem o indivíduo e sua autonomia. A carência de habilidades comunicacionais por parte dos trabalhadores de saúde afasta o SUS desse modelo, além de resultar na geração de conflitos entre usuário e trabalhador e entre trabalhadores, piorando a qualidade do ambiente de trabalho e afetando a satisfação do usuário com os serviços oferecidos¹⁵.

»» A comunicação terapêutica

A comunicação terapêutica pode ser entendida como a competência que utiliza as habilidades e os conhecimentos em comunicação em favor da saúde do paciente. É por meio da comunicação terapêutica que se busca estimular o paciente a expressar sua capacidade de solucionar conflitos, lidar com situações temporárias de estresse, enfrentar dificuldades, aceitar limitações pessoais, refletir sobre a autorrealização e seu papel como indivíduo, adaptar-se a uma necessidade de mudança e ajustar-se àquilo que não pode ser mudado, ou seja, trata-se de incentivar a busca por um viver mais saudável, com mais autonomia¹⁶.

Contudo, também é necessário propiciar condições para práticas de promoção da saúde que favoreçam o autocuidado. Essa prática comunicacional é extremamente relevante para o modelo de cuidados crônicos, considerando o cuidado a usuários que se encontram em situação temporária ou permanente de doença. A comunicação nesses casos é o instrumento utilizado para favorecer a recuperação, a aceitação e a melhoria da qualidade de vida do usuário.



Fonte: Imagem – Webdoc Brasil, aqui tem SUS/Levante Filmes/Conasems ©.

»» Barreiras comunicacionais

Enquanto profissionais de saúde que interagem diretamente com usuários, gestor e outros profissionais de nível técnico e superior, podemos encontrar barreiras variadas que comprometem o estabelecimento de uma comunicação efetiva com esses atores. Saber identificar essas barreiras e ter uma conscientização sobre elas é o primeiro passo para superá-las.

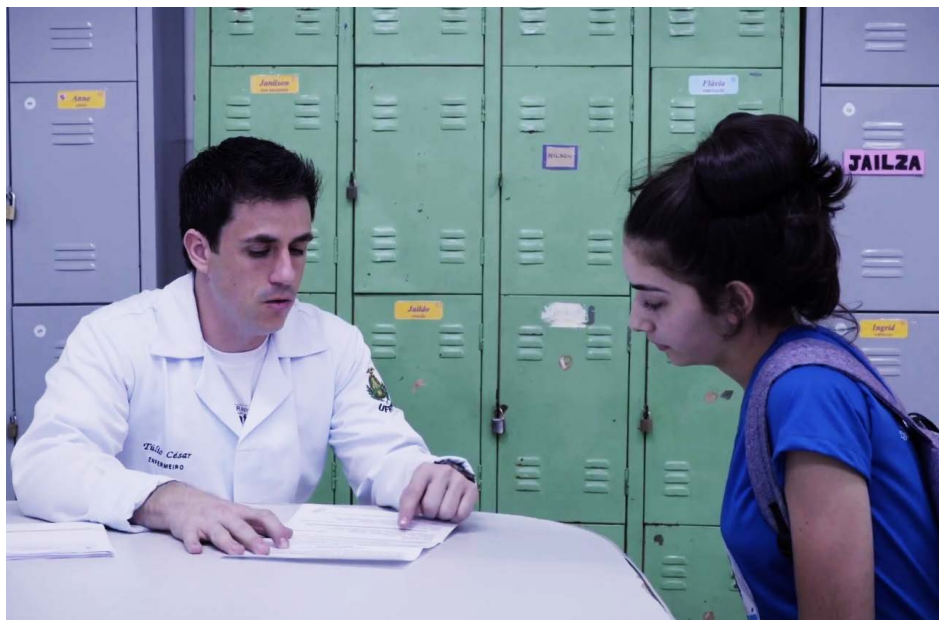


Fonte: Imagem – Webdoc Brasil, aqui tem SUS/Levante Filmes/Conasems ©.

Essas barreiras podem estar relacionadas a **linguagens e saberes diferentes**, nem sempre compartilhados entre os interlocutores. Essas diferenças são muitas vezes explicitadas durante a interação com o intuito (consciente ou inconsciente) de verticalizar a relação. Por exemplo, quando se busca estabelecer um diálogo com um médico da Unidade de Saúde, mas este impõe seu pensamento e sua conduta sem se preocupar em compartilhar ou discutir informações relacionadas ao caso, baseado em uma cultura médico-centrista, o mesmo pode ocorrer na relação profissional-paciente^{17,18}.

Podem estar relacionadas também a **limitações orgânicas** de um dos interlocutores, tais como afasias, déficits auditivos, visuais etc., ou no caso de **problemas de saúde relacionados com o sistema nervoso** que resultam em déficit intelectual ou desordens de natureza emocional, ou ainda como resultado de **diferentes estágios do desenvolvimento cognitivo ou intelectual**, no caso de atendimentos pediátricos.

Como exemplo, podemos citar episódios em que o farmacêutico atende um adolescente acompanhado pelos pais, mas desconsidera ou desestimula a participação do paciente na tomada de decisão, ou quando atende algum paciente que perdeu a acuidade visual devido a complicações do diabetes e se depara com o desafio de melhorar a adesão do paciente aos medicamentos¹⁹.



Fonte: Imagem – Webdoc Brasil, aqui tem SUS/Levante Filmes/Conasems ©.

Finalmente, podemos encontrar barreiras cujas raízes estão em **diferenças de ordem sociocultural**, quando acontecem imposições de valores ou desconsideração (inconsciente ou consciente) da dimensão de sujeito do indivíduo com qual se interage. Por exemplo, nos casos em que o profissional atende um paciente de baixa renda e baixa escolaridade e, por isso, não o orienta adequadamente por considerar que ele não será capaz de compreender e seguir as orientações, oferecendo, assim, menos atenção a quem mais precisa²⁰.



Fonte: Imagem – Webdoc Brasil, aqui tem SUS/Levante Filmes/Conasems ©.

Podemos dizer, portanto, que as barreiras comunicacionais favorecem a produção de mensagens contraditórias verbais e não verbais além de fenômenos comunicacionais não terapêuticos como indução de respostas, falsa tranquilização, mudança de assunto de forma repentina, desinteresse, julgamento, ameaças, sugestões de condutas que não podem ser cumpridas, imposição, negação da posição do outro e utilização de códigos verbais desconhecidos pelo outro²⁰.

Para não cometer esses tipos de falhas é importante que o profissional exercite a escuta ativa, a desintoxicação emocional, busque instrumentos que favoreçam a compreensão mútua, seja assertivo, compreensivo e esteja buscando se capacitar de maneira continuada tanto na dimensão técnica como na dimensão comunicacional.

» Estratégias comunicacionais: escuta ativa, assertividade e manejo de conflitos

Você sabia?

A empatia é uma palavra derivada do alemão *Einfühlung*, que significa partilhar uma experiência com o outro. Trata-se de um reflexo inato do ser humano e pode ser compreendido como uma identificação emocional com as manifestações emocionais do outro⁹.



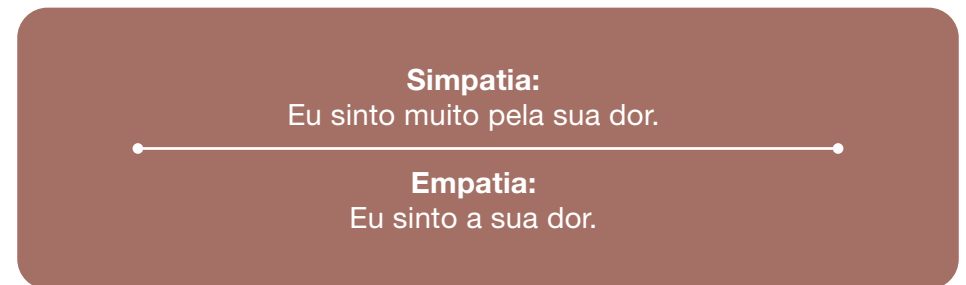
Fonte: Imagem - Flaticon ©.

Vejam a seguinte situação: uma colega de trabalho relata estar deprimida, com dificuldade de dormir, sem ânimo para fazer as tarefas. Se apresenta na Unidade de Saúde com expressão de desalento e prostração.

Resposta 1: “Sinto muito pela sua situação, mas acho que você precisa se esforçar para ver o lado bom da vida, as coisas não são tão ruins quanto parecem.”

Resposta 2: “Poxa vida, deve estar sendo horrível mesmo esta fase, hein? Às vezes a gente fica sem forças mesmo, você não tem que se culpar.”

Consideramos que a resposta número 1 é uma resposta simpática, a qual, apesar de ser positiva e bem intencionada, não demonstra que a interlocutora tentou se colocar no lugar da colega. Já a resposta número 2 indica um reflexo empático, a atitude comunicacional julga menos e parece mais apropriada. Uma sugestão para diferenciar simpatia x empatia:



A identificação empática parece ser um mecanismo inato do ser humano. O problema é que temos uma tendência a inibir esse mecanismo como uma forma de defesa psíquica contra o sofrimento.

Ainda assim, a empatia talvez seja um componente que constantemente reivindicamos como parte da nossa humanidade²¹.


O reflexo empático no trabalhador da área da saúde faz com que o usuário se sinta compreendido em seu estado de drama ou dor, tornando mais fácil a verbalização dos problemas. Para produzir reflexos empáticos fidedignos é importante ouvir cuidadosamente o usuário e dar respostas que revelem algum grau de identificação com relação ao sentimento expresso pelo indivíduo. Para tanto, é fundamental exercitar a escuta ativa.

Quando se estabelece uma comunicação com o usuário é preciso escutar atentamente o que ele tem a dizer, fazer um esforço ativo para ouvir reflexivamente toda sua narrativa desenvolvendo uma habilidade chamada **escuta ativa**. Se você estiver atento ao que o seu interlocutor diz será mais fácil identificar suas necessidades, propor um encaminhamento para atender suas expectativas e também criar uma relação de confiança entre vocês²¹.

A escuta ativa também ajuda a identificar mensagens que estão “nas entrelinhas”, ou deixas verbais que apresentam significados que vão além do conteúdo superficial da mensagem. Os usuários se sentem melhor pelo simples fato de serem ouvidos e ouvir atentamente integra um processo de comunicação terapêutica⁹. Essa escuta ativa é composta por um conjunto de habilidades que ajudam a orientar o diálogo. São elas:



atenção total, que é o principal desafio: estar atento e verdadeiramente interessado pela narrativa do seu interlocutor exige um esforço ativo.




clarificação: técnica utilizada quando algum elemento da narrativa se mostra confuso para o ouvinte. Exemplo: “Quando o senhor diz que se sente mal ao tomar o remédio, o que o senhor quer dizer exatamente com ‘sentir-se mal’?”.




facilitação: técnica utilizada para estimular o indivíduo a continuar seu relato. Exemplo: “Sim, continue, por favor.”


Fonte: Imagem - Flaticon ©.



resumo: fazer um resumo daquilo que foi dito ajuda a organizar a narrativa de quem narrou e a complementar informações que podem estar faltando ou incorretas.



reflexão guiada: repetir algum trecho da narrativa para que o interlocutor concentre sua atenção nesse trecho. Exemplo: “Então não está conseguindo dormir desde que tomou o medicamento?”.



silêncio: é importante proporcionar momentos de silêncio para que a pessoa organize sua fala, é muito útil para usuários mais tímidos ou que tenham dificuldade de se comunicar.

Fonte: Imagem - Flaticon ©.

Por fim, é preciso ter cuidado para não criar generalizações a partir de convicções ou classificações pré-concebidas, tais como: “esta pessoa vive reclamando da vida” ou “este rapaz só veio em busca de atestado”. Lembre-se, o estereótipo é o maior inimigo do acolhimento humanizado²².

A **assertividade** é outra habilidade comunicacional muito importante do profissional de saúde. Trata-se de uma característica de quem é seguro, confiante, objetivo nas suas ações e honesto com o outro. Tem relação com a habilidade de avaliar uma situação e expressar, de maneira clara e calma, sua opinião ou posicionamento sobre um tema, respeitando o outro e a si próprio. Indivíduos assertivos buscam a horizontalidade da relação, em que sujeitos adultos discutem questões e possibilidades de maneira honesta e comprometida⁹.

Indivíduos não assertivos, por outro lado, normalmente desenvolvem uma comunicação submissa, passiva e têm receio ou desinteresse em expressar o que pensam ou sentem²¹. A comunicação agressiva é outro tipo de postura não assertiva.

Indivíduos que se utilizam dessa comunicação desrespeitam o outro em sua dimensão de sujeito, tendem a ter posturas dominadoras e destacam características que estimulam a assimetria da relação, buscando inibir a outra parte e não toleram a divergência de pensamento²³. Enquanto trabalhador da área da saúde, é preciso buscar sempre ser assertivo, honesto e proativo, pois isso torna o trabalho mais eficiente e a relação entre os interlocutores mais confiável²¹.



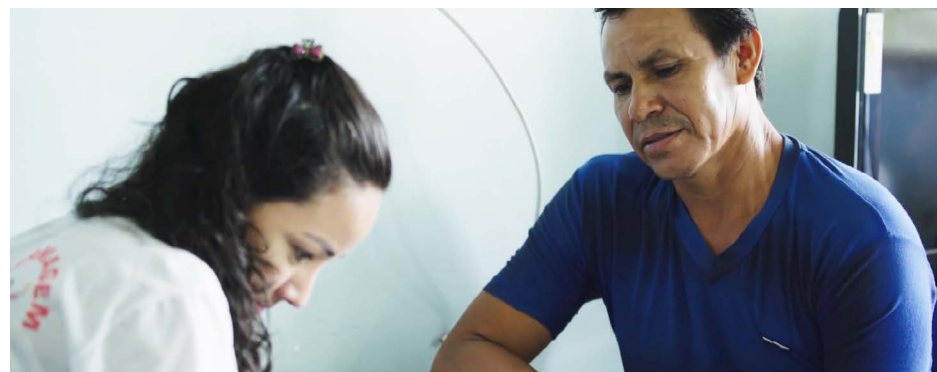
Fonte: Imagem – Webdoc Brasil, aqui tem SUS/Levante Filmes/Conasems ©.

Outra habilidade comunicacional importante é a de **manejo de conflitos**. Como trabalhadores da área da saúde, entramos em contato com diferentes tipos de pessoas, com diferentes personalidades e que respondem de maneira diferente aos problemas. Interferências emocionais podem estar na gênese dos conflitos, motivados por diversos sentimentos, como a raiva.

Mas, o que é e o que motiva o sentimento de raiva?

A raiva pode ser classificada como um sentimento secundário, pois se trata de um mecanismo de defesa inato e primitivo que aflora quando encontramos um problema que nos faz sentir mal e que não sabemos como resolver racionalmente. Por exemplo, quando perdemos as chaves do carro,

ou quando o ônibus está atrasado e temos um compromisso importante e inadiável. A raiva nasce posteriormente ao sentimento de angústia por não encontrar o que se procura ou perceber a iminência de um atraso. Sentimentos semelhantes acometem pacientes que já não sabem como manejar sua doença e são constantemente cobrados por resultados pelos profissionais de saúde²⁴.



Fonte: Imagem – Webdoc Brasil, aqui tem SUS/Levante Filmes/Conasems ©.

Quando um usuário dos serviços de saúde manifesta o sentimento de raiva é preciso ter calma e cuidado para não se deixar ser desrespeitado nem desrespeitar o outro (assertividade). O usuário precisa ser ouvido com atenção (escuta ativa), é preciso colocar-se no lugar do outro (empatia), entender a causa da sua raiva, o sentimento primário que fez seu humor piorar, e mostrar-se compreensivo, com postura profissional. Descobrir-se doente, dependente de medicamentos crônicos, torna o indivíduo fragilizado e muitas vezes ele não encontra recursos para superar a angústia psíquica relacionada a essa realidade, o que produz a raiva²³.

Essas habilidades comentadas nos parágrafos anteriores devem ser conscientizadas pelo profissional e exercitadas no dia a dia, pois permitem uma melhor compreensão do usuário, bem como uma melhor eficiência e humanização do trabalho em saúde, superando barreiras comunicacionais e gerando maior satisfação no ambiente de trabalho.

Comunicação em Equipe

Em uma coisa temos que concordar: a gestão da Assistência Farmacêutica não é uma tarefa para se desenvolver sozinho. Atualmente, com a complexificação e a demanda dos cuidados em saúde, o trabalho em equipe parece ser muito mais efetivo, desde que essa equipe seja bem coordenada e coesa. O resultado de serviços mal coordenados é a fragmentação e a perda da efetividade²⁵.

Um dos fenômenos reconhecidos em uma equipe pouco coesa e organizada é o chamado “efeito espectador”, alusão a uma condição conhecida como síndrome de Genovese. Essa síndrome faz referência ao assassinato de Catherine Genovese, que foi morta próximo a sua casa, sem que nenhum vizinho fizesse menção em ajudá-la. Esse fenômeno também é conhecido como difusão de responsabilidade, e é uma resultante da passividade ou desresponsabilização coletiva²⁵.

A formação de uma equipe é, pois, inevitável no contexto do serviço de farmácia. No entanto, essa equipe deve formar um conjunto solidário que se dedique à realização de um trabalho que seja coletivo. Também é preciso que cada membro tenha clareza dos papéis e das responsabilidades que lhe cabem e que haja cordialidade, respeito e profissionalismo entre eles. Ter espírito de equipe e consciência do seu papel evita o fenômeno da difusão da responsabilidade²⁵.

A gestão adequada dessa equipe exige uma série de habilidades, sobretudo, as habilidades comunicacionais. A equipe deve ser como um organismo que desenvolve ações sinérgicas, integradas e harmoniosas, por isso deve estar constantemente se comunicando.

Aos trabalhadores da equipe de farmácia cabe desenvolver a capacidade de articular questões internas e externas ao serviço para lidar com situações e processos variados. Atuar de maneira descentralizada e abrangente, propondo, discutindo e executando estratégias factíveis e resolutivas em conjunto com os colegas. Além disso, o profissional deve ter a habilidade de mediar conflitos, lidar com estresse resultante da demanda da popu-

lação, lidar com questões burocráticas, com a interferência de níveis mais centrais da gestão, interagir com as demais equipes de saúde, articulando com indivíduos que muitas vezes possuem diferentes posturas políticas, culturais e referenciais epistemológicos²⁶.



Fonte: Imagem – Webdoc Brasil, aqui tem SUS/Levante Filmes/Conasems ©.

Outra questão importante é ter cuidado com verticalização das relações. Uma postura de liderança não significa reafirmar hierarquias, mas, sim, mitigá-las em favor da horizontalidade das relações, favorecendo a comunicação honesta entre os membros. Com isso as atividades se desenvolverão natural e conscientemente, dando sentido ao trabalho executado no dia a dia. É importante pensar em estratégias para estimular a comunicação, como realizar reuniões periodicamente para discussão de dificuldades, pontos nevrálgicos de processo, compartilhamento de ideias e soluções ou simplesmente para resolução de conflitos e diferenças²⁷.

A comunicação motivacional à equipe também pode ser uma ferramenta útil. Para tanto é necessário permitir a liberdade de expressão, recompensar os indivíduos pelas tarefas bem executadas, mais do que punir por tarefas mal executadas, reforçar a finalidade e a importância do trabalho de

cada um, dando sentido à prática e tornando clara toda visão institucional da Unidade Básica de Saúde. Profissionais que convivem com rotinas e regras burocratizadas se desmotivam e perdem a noção de integração e colaboração na equipe²⁸.

Outro fator importante é a capacitação continuada de toda a equipe. O farmacêutico deve ter uma equipe formada por profissionais bem capacitados, que adquirem autonomia e segurança para realização das tarefas. Por isso é preciso desenvolver um plano de capacitação, com datas, estrutura e conteúdo pré-definidos. Os temas abordados na capacitação devem abranger, desde capacitações técnicas para desenvolvimento de serviços específicos, até temas mais gerais relacionados ao sistema de saúde, seu funcionamento, sua organização, seu papel perante a sociedade, entre outros.

Os conteúdos devem estimular o desenvolvimento de um pensamento crítico e reflexivo, no qual o indivíduo possa perceber a realidade, enxergar-se nesse contexto, tomar partido e propor ações transformadoras, dando sentido à sua prática. Além disso, é importante que se abordem conteúdos sobre comunicação interpessoal e em equipe, estimulando uma postura dialógica, flexível, cooperativa e interdisciplinar nos profissionais. Com esse tipo de iniciativa os membros da equipe se sentem seguros para desenvolver seu trabalho, valorizados enquanto profissionais e integrados com toda a equipe de saúde²⁹.



Fonte: Imagem – Webdoc Brasil, aqui tem SUS/Levante Filmes/Conasems ©.

De forma geral é imprescindível que o farmacêutico desenvolva uma habilidade de liderança. Essa liderança deve estimular a qualidade da comunicação interpessoal. A comunicação, além de ser a ferramenta para a execução da maioria das tarefas dos profissionais também é uma habilidade que permite o desenvolvimento de um ambiente de trabalho colaborativo, integrado e agradável. Com uma equipe bem estruturada, o farmacêutico ainda precisa estimular a articulação interequipe, fortalecendo práticas cada vez mais integradas. A evolução das concepções de saúde, da estruturação do sistema e das práticas profissionais caminham cada vez mais para o desenvolvimento de ações multi, inter e transdisciplinares, nas quais a comunicação é o eixo fundamental.

»» Estratégias de integração e matriciamento

Tendo em vista a importância da organização dos serviços em equipe, discutiremos a partir deste ponto da aula mecanismos de integração, articulação, planejamento e definição de estratégias.

Você sabia?



Matriciamento é o nome dado à metodologia que orienta o funcionamento das equipes e/ou serviços de saúde no sentido do trabalho colaborativo e busca fortalecer um compromisso com a produção em saúde, a condução, o compartilhamento e a corresponsabilização pela saúde do usuário. Fortalece, também, o vínculo entre os profissionais e os pacientes, entre os trabalhadores e entre o paciente e o sistema de saúde.

Fonte: Imagem - Flaticon ©.

A realização de reuniões entre a equipe de saúde para discussão de casos clínicos pode ser uma estratégia para fortalecer o matriciamento.

Nesse sentido, as **reuniões de equipe** articulam o trabalho multidisciplinar e não podem ser negligenciadas em detrimento do tafetismo típico de instituições burocratizadas. Segundo Cruz, a reunião de equipe³⁰:

- » É um ambiente de muitos conflitos, dificuldades, que contém interesses diversos que deverão ser conduzidos para um comum;
- » constitui em aprendizado contínuo, atua como forte motivador de trabalho e cria possibilidades de pensar os contratos que cada equipe tem;
- » é lugar para pensar coletivamente, e possibilita a convivência com as diferenças;
- » embora se constitua em espaço previsto, deve ser construído permanentemente;
- » propicia que as relações interpessoais da equipe sejam lapidadas com ênfase no desenvolvimento do trabalho;
- » também representa espaço de cuidado para quem está no dia-a-dia das atividades, repensando ou retomando os contratos estabelecidos;
- » há referência de diagnóstico de reuniões burocratizadas versus reuniões mais operativas de forma transdisciplinarizada (p. 169)³⁰.

A reunião de equipe deve funcionar como um dispositivo para clarear papéis, possibilitar a ampliação da comunicação entre os profissionais, delinear trabalhos e projetos, planejar ações de curto, médio e longo prazo, compartilhar a decisão de conduta diante de um caso ou problema específico, trazer conteúdos inovadores para o contexto de trabalho, estimular a crítica e a compreensão dos trabalhadores sobre o espaço de trabalho em saúde.

Além disso, a reunião de equipe estimula a interdisciplinaridade, um fator importante para a superação do trabalho fragmentado, pois o isolamento incorre no risco de que cada equipe ofereça ações contraditórias, prejudicando a resolutividade em função da anulação ou desorganização das práticas³¹.

Reunião de equipe é, ainda, uma aposta de construção coletiva de um espaço horizontal e desburocratizado, um encontro entre companheiros de trabalho, sem perder seu caráter científico de busca por uma verdade consensual, fruto da crítica, do conflito, do debate.



Fonte: Imagem – Webdoc Brasil, aqui tem SUS/Levante Filmes/Conasems ©.

Enquanto estratégias para facilitar a fluidez e a eficiência de uma reunião, podemos elencar algumas diretrizes que podem ajudar, mas que não devem ser considerados como regra p etra e sim adaptados à realidade de cada equipe:

- » grupos menores são mais participativos e eficientes;
- » buscar soluções simples, com perspectiva minimalista, reduzindo ao máximo a existência de processos desnecessários;
- » evitar apresentações em *Power Point*, principalmente se forem muito longas;
- » formular perguntas-chave para pautar a reunião com o intuito de que todos tenham em mente qual será o tema principal a ser discutido, por exemplo: “como reduzir o tempo de espera para dispensação?”;
- » trazer algum participante externo para que haja possibilidade de compartilhamento de outros pontos de vista frente ao problema;
- » eleger um coordenador da reunião para trazer o diálogo de volta para o foco, em caso de dispersão, ordenando espaço e tempo de cada fala;
- » o coordenador deve limitar e acalmar os participantes apressados ou dominadores;
- » estimular a participação de todos os membros da equipe, envolvendo os participantes. Sempre existem pessoas mais tímidas ou introspectivas. O coordenador pode fazer perguntas diretamente para elas, fazendo com que se sintam à vontade para expor sua opinião;
- » abordar barreiras e cenários difíceis;
- » discutir e acordar planos de ações, definindo responsabilidades e prazos.

É fundamental que na farmácia aconteçam reuniões de equipe. O método, a periodicidade, o espaço onde acontece, tudo isso precisa ser pensado com o objetivo de aculturar essa prática nos trabalhadores. Para além disso, a equipe de farmácia deve participar de reuniões que extrapolem seu microambiente. É importante participar de reuniões gerais da equipe de saúde, colegiados, câmaras técnicas, conselhos, entre outras.

» Multi, inter e transdisciplinaridade

Consideramos importante abordar alguns conceitos que, na esteira de transformações paradigmáticas que superam o cartesianismo e o modelo biomédico, se apresentam como atuais, orientando práticas e oferecendo o surgimento de novos conceitos e perspectivas, como o da aten o   saúde integral, humanizada e colaborativa.

A multi, a inter e a transdisciplinaridade dizem respeito a como se d  a abordagem para resolu o de um problema ou para aquisi o de determinado conhecimento.



Fonte: Imagem – Webdoc Brasil, aqui tem SUS/Levante Filmes/Conasems  .

A **multidisciplinaridade** diz respeito ao estudo de um assunto ou objeto por várias disciplinas ao mesmo tempo. É o caso, quando, por exemplo, existe um atendimento multiprofissional é um paciente³².

A **interdisciplinaridade** diz respeito à transferência de métodos de uma disciplina para outra. Segundo Nicolescu³², podemos distinguir três graus de interdisciplinaridade:

- “ a) um grau de aplicação. Por exemplo, os métodos da física nuclear transferidos para a medicina levam ao aparecimento de novos tratamentos para o câncer;
- b) um grau epistemológico. Por exemplo, a transferência de métodos da lógica formal para o campo do direito produz análises interessantes na epistemologia do direito;
- c) um grau de geração de novas disciplinas. Por exemplo, a transferência dos métodos da matemática para o campo da física gerou a física-matemática; Os da física de partículas para a astrofísica, a cosmologia quântica; os da matemática para os fenômenos meteorológicos ou para os da bolsa, a teoria do caos; os da informática para a arte, a arte informática. Como a pluridisciplinaridade, a interdisciplinaridade ultrapassa as disciplinas, mas sua finalidade também permanece inscrita na pesquisa disciplinar Pelo seu terceiro grau, a interdisciplinaridade chega a contribuir para o big-bang disciplinar” (p. 16)³². ”



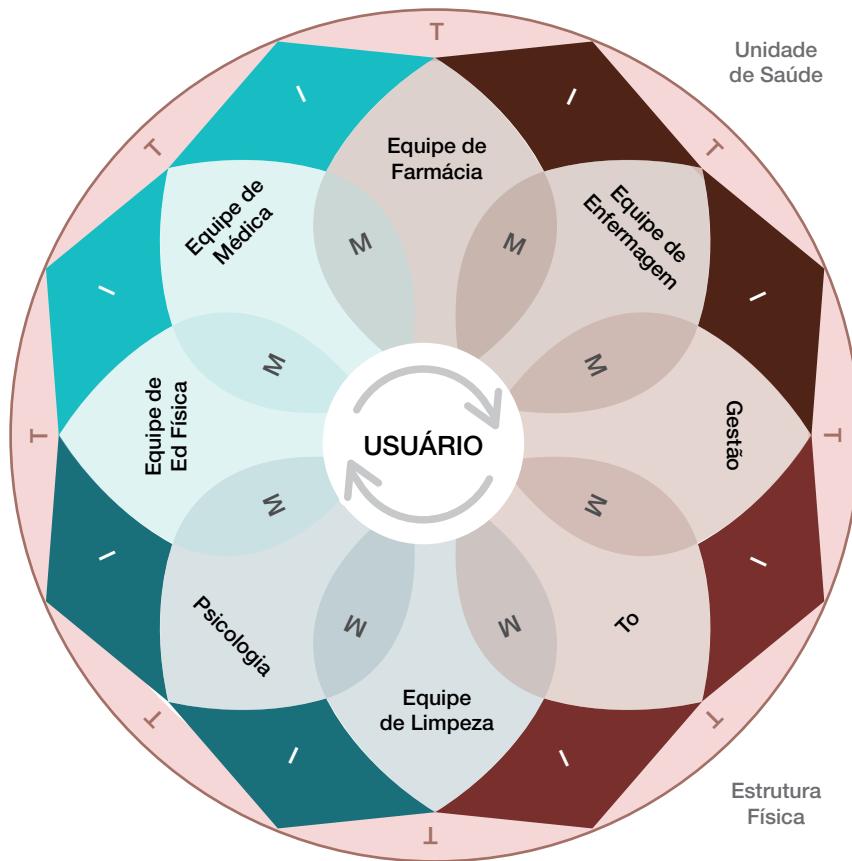
Fonte: Imagem – Webdoc Brasil, aqui tem SUS/Levante Filmes/Conasems ©.

A **transdisciplinaridade**, guarda relação teórica com os campos mais abstratos da física quântica, onde um novo tipo de causalidade (do infinitamente pequeno e do infinitamente breve) demandavam um novo olhar. Esse novo tipo de causalidade está relacionado com a inter-relação e a integralidade das coisas, ou seja à não redutibilidade das propriedades de um só indivíduo, mas na relação entre este e todos o resto, ou seja a inseparabilidade quântica, colocando em cheque a objetividade clássica. A transdisciplinaridade considera a integralidade dos fenômenos e dos objetos, considera o que está além, ou entre as disciplinas.

Temos um bom exemplo da necessidade da transdisciplinaridade na abordagem da problemática dos pacientes terminais, onde temas como o sentido da vida e o sentido da morte são abordados para a compreensão do mundo presente³².

Para tentar ilustrar um pouco estes conceitos consideremos o seguinte desenho esquemático, representando uma Unidade de Saúde (Figura 12).

Figura 12. Mandala representando as interações em uma Unidade de Saúde



TO = terapia ocupacional; M = multidisciplinaridade; I = interdisciplinaridade; T = transdisciplinaridade.

Fonte: Elaboração própria.

No centro da imagem está o usuário da Unidade de Saúde. As pétalas da mandala representam os serviços, dentro dos quais há diferentes profissionais e trabalhadores com diferentes e específicas competências. A

interseção entre as diferentes competências gera o fenômeno da multidisciplinaridade. É possível notar que na multidisciplinaridade as disciplinas não se integram, mas contribuem, cada uma com sua competência, para preencher essa interseção. Em um nível superior, a interdisciplinaridade é representada por uma mistura, uma integração entre as diferentes competências. E, em um nível ainda mais elevado, com uma característica dinâmica, está a transdisciplinaridade, representada por uma cor nova, decorrente da fusão de competências.

Percebemos, portanto, que o cuidado integral ao paciente exige uma série de atores com diferentes competências. Mas, para além disso, esses atores desenvolvem processos que são essencialmente comunicacionais e que geram uma inter-relação benéfica de diferentes níveis.

Quanto mais eficiente a comunicação entre esses diferentes indivíduos, mais holístico poderá ser o cuidado ofertado ao paciente.

A organização dos serviços em equipes de saúde e a integração entre os serviços e os profissionais é uma realidade que está sendo construída no sistema, pois se acredita que assim o sistema é mais eficiente para cumprir com seus objetivos perante a sociedade, atendendo as demandas da população. A efetivação dessa estratégia integradora depende em grande parte das habilidades comunicacionais dos integrantes das equipes, bem como da capacidade de liderança dessas equipes por parte de alguns atores específicos, como é o caso do farmacêutico na equipe de farmácia.

Na prática a transdisciplinaridade é uma busca. Em raros momentos, como em epifanias, atingimos esse grau de integração, pois estamos acostumados com o método cartesiano de raciocínio. Buscamos ainda dividir e classificar, exercitando o lado esquerdo do nosso cérebro mais que o lado direito.

Porém, progressivamente, da disciplinaridade para a multidisciplinaridade, para interdisciplinaridade, para a transdisciplinaridade, podemos evoluir nossa maneira de abordar problemáticas complexas, como a saúde e a doença.

Uma equipe, quanto mais integrada e coesa mais próxima estará da compreensão de fenômenos integrativos e de ações práticas mais efetivas para lidar com esses fenômenos.

Síntese da Aula

Nesta aula discutimos temas relacionados à comunicação, abordando aspectos básicos da comunicação humana, bem como a arquitetura dialógica interacional. Discutimos também a importância da comunicação no contexto da saúde, especialmente na interação com o paciente. Por fim, abordamos assuntos relacionados à comunicação com a equipe de saúde, os conceitos e a importância do trabalho articulado multi, inter e transdisciplinar, dando ênfase à reunião da equipe enquanto estratégia para promover a eficiência de um serviço, assim como para a articulação dos diferentes serviços na Unidade de Saúde.

Referências

1. Penteadó JRW. A técnica da comunicação humana. 9ª ed. São Paulo: Editora Pioneira; 1986.
2. Weil P, Tompakow R. O corpo fala: a linguagem silenciosa da comunicação não-verbal. 59ª ed. Petrópolis: Editora Vozes; 1986.
3. Silva FG. Subjetividade, individualidade, personalidade e identidade: concepções a partir da psicologia histórico-cultural. *Psicologia da Educação*. 2009;169-95.
4. Sacks H, Schegloff, E, Jefferson, G. A simplest systematic for the organization turn-taking in conversation. *Language*. 1974;50(4):696-735
5. Silva APPF. Saussure: a invenção da Linguística. *Bakhtiniana: Revista de Estudos do Discurso*. 2014;9:187-91.
6. Hagemeyer NE, Hess Jr. R, Hagen KS, Sorah EL. Impact of an interprofessional communication course on nursing, medical, and pharmacy students' communication skill self-efficacy beliefs. *Am J Pharm Educ*. 2014 Dec 15;78(10):186.
7. Littlejohn SW. Fundamentos teóricos da comunicação humana. Rio de Janeiro: Editora Guanabara; 1988.
8. Wolf M. Teorias da Comunicação. Lisboa: Editora Presença; 1995.
9. Godoy RR. Os novos paradigmas de saúde e a atenção farmacêutica: a preocupação com a qualidade da comunicação e da relação profissional-paciente [Monografia de Conclusão de Curso]. Curitiba: Universidade Federal do Paraná; 2009.
10. Bordenave JED. O que é comunicação. Taubaté: Brasiliense; 1982.
11. Moraes GSN, Costa SFG, Fontes WD, Carneiro AD. Comunicação como instrumento básico no cuidar humanizado em enfermagem ao paciente hospitalizado. *Acta Paulista de Enfermagem*. 2009;22:323-7.

12. Chatwin J. Conversation analysis as a method for investigating interaction in care home environments. *Dementia (London)*. 2014 Nov;13(6):737-46.
13. Nogueira JWS, Rodrigues MCS. Comunicação efetiva no trabalho em equipe em saúde: desafio para a segurança do paciente. *Cogitare Enferm*. 2015;20(3):4.
14. Cerqueira ATAR. Habilidades de comunicação com pacientes e famílias. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. 2009;13:469-73.
15. Birhanu Z, Assefa T, Woldie M, Morankar S. Determinants of satisfaction with health care provider interactions at health centres in central Ethiopia: a cross sectional study. *BMC Health Serv Res*. 2010 Mar 24;10:10-78.
16. Favoreto CAO, Camargo Jr. KR. A narrativa como ferramenta para o desenvolvimento da prática clínica. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. 2011;15:473-83.
17. Schmalzried HD, Fallon JLF. Reducing barriers associated with delivering health care services to migratory agricultural workers. *Rural Remote Health*. Epub 2012 Jul 24;12:2088.
18. Coriolano-Marinus MWL, Queiroga BAM, Ruiz-Moreno L, Lima LS. Comunicação nas práticas em saúde: revisão integrativa da literatura. *Saúde e Sociedade*. 2014;23:1356-69.
19. Landmark AM, Svennevig J, Gerwing J, Gulbrandsen P. Patient involvement and language barriers: problems of agreement or understanding? *Patient Educ Couns*. 2016 Dec 14;100(6):1092-1102.
20. Lawn S, Delany T, Sweet L, Battersby M, Skinner T. Barriers and enablers to good communication and information-sharing practices in care planning for chronic condition management. *Australian Journal of Primary Health*. 2015;21(1):84-9.
21. Correr J, Otuki MF. A prática farmacêutica na farmácia comunitária. Porto Alegre: Artmed; 2013.
22. Mendes-Nunes J. Comunicação em contexto clínico. Lisboa: Bayer Health Care; 2007.
23. Berger BA. Communication skills for pharmacists. Building relationships. Improving patient care. Washington DC: American Pharmaceutical Association; 2005.
24. Pacheco C. ABC da Trilogia Analítica: Psicanálise Integral. São Paulo: Editora Próton; 2003.
25. Barcelos GB. Comunicação entre os profissionais de saúde e a segurança do paciente. In: Sousa P, Mendes W, organizadores. Segurança do paciente: criando organizações de saúde seguras. Vol. 2. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2014 [acesso em 4 fev. 2020]. p. 139-58. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/vtq2b>.
26. Lanzoni GMM, Meirelles BHS, Erdmann AL, Thofehrn MB, Dall'Agnol CM. Actions/interactions motivating nursing leadership in the context of primary health care. *Texto & Contexto - Enfermagem*. 2015;24:1121-9.
27. van Dongen JJ, van Bokhoven MA, Daniels R, Lenzen SA, van der Weijden T, Beurskens A. Interprofessional primary care team meetings: a qualitative approach comparing observations with personal opinions. *Fam Pract*. 2017 Feb;34(1):98-106.
28. Lanzoni GMM, Meirelles BHS, Cummings G. Nurses leadership practices in primary health care: a grounded theory. *Texto & Contexto - Enfermagem*. 2016;25:0-9.
29. Falkenberg MB, Mendes TPL, Moraes EP, Souza EM. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2014;19:847-52.
30. Cruz MLS, Franco L, Carvalho JW, Silva FBd, Beteli VC, Lima MFd, et al. Reunião de equipe: uma reflexão sobre sua importância enquanto estratégia diferencial na gestão coletiva no Programa de Saúde da Família (PSF). 2014. 2014-02-05;17(1/2):23.

31. Santos EO, Coimbra VCC, Kantorski LP, Pinho LB, Andrade APM, Eslabão AD. Reunião de equipe: proposta de organização do processo de trabalho. Cuidado é Fundamental. Jul.-set. 2017;9(3):8.
32. Nicolescu B. O Manifesto da Transdisciplinaridade. São Paulo: Editora Triom. 1999.
33. Previato GF, Baldissera VDA. A comunicação na perspectiva dialógica da prática interprofissional colaborativa em saúde na Atenção Primária à Saúde. Interface - Comunicação, Saúde, Educação. 2018;22:1535-47.

Material Complementar

Livros

Berger BA. Communication skills for pharmacists. Building relationships. Improving patient care. Washington DC: American Pharmaceutical Association; 2005.

Longo L. Linguagem e Psicanálise. 2ª ed. Rio de Janeiro: Zahar; 2011.

Weil P, Tompakow R. O corpo fala: a linguagem silenciosa da comunicação não-verbal. 59 edição ed. vozes E, editor. Petrópolis: Editora Vozes; 1986.

Vídeo

Psychic Minutes. Agressivo, passivo ou assertivo? [vídeo]. 25 jun 2014 [acesso em 4 fev 2020]. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=rd1mCZVNnxE>.

Autor

Rangel Ray Godoy

Farmacêutico, com mestrado em ciências farmacêuticas, doutorando em ciências farmacêuticas pela Universidade Federal do Paraná. Experiência com avaliação de tecnologias de saúde, atenção básica, cuidado farmacêutico em atenção primária, secundária e terciária e com design e implantação de serviços de cuidado farmacêutico.



18

Aula



A oferta de medicamentos: organização e integração de práticas profissionais

Autor: Tiago Marques dos Reis



Ementa da aula



Essa aula aborda o dimensionamento de serviços e recursos humanos e as práticas dos profissionais na oferta de medicamentos no município; e o uso racional e seguro de medicamentos.

Fonte: Imagem - Flaticon ©.

Objetivo de aprendizagem



Realizar o adequado dimensionamento de serviços e recursos humanos para a oferta de medicamentos no município; Conhecer as práticas dos profissionais da AF na oferta de medicamentos; Promover o uso racional e seguro de medicamentos.

Fonte: Imagem - Flaticon ©.

Introdução

Nas aulas anteriores, estudamos o papel social do medicamento como tecnologia de saúde e instrumento do cuidado, além de discutir sobre a contribuição do farmacêutico na qualificação desse processo por sua participação nos serviços farmacêuticos técnico-gerenciais. Além disso, discorreremos sobre as habilidades de comunicação necessárias para a atuação em equipe na rede de saúde. Com base nesses conhecimentos, podemos agora nos dedicar à reflexão sobre a oferta de medicamentos na atenção básica/atenção primária à saúde (AB/APS), considerando sua organização e a integração entre os diferentes profissionais que atuam na promoção do acesso e do uso racional dos medicamentos.



Fonte: Imagem – Webdoc Brasil, aqui tem SUS/Levante Filmes/Conasems ©.

Práticas dos profissionais na oferta de medicamentos

»» A oferta de medicamentos

O medicamento é considerado uma tecnologia dura em saúde*. Em termos gerais, são necessários altos investimentos e cerca de duas a três décadas de trabalho para que, por meio de estudos pré-clínicos e clínicos**, obtenha-se um produto passível de comercialização. Mesmo depois de aprovado pelas agências sanitárias, produzido em ampla escala seguindo todo o rigor das boas práticas de fabricação, submetido a diversos testes de controle de qualidade e enviado para o abastecimento do comércio, ainda são necessários diversos profissionais e diferentes serviços para que o medicamento possa chegar ao usuário e ser, enfim, utilizado.

Glossário:



***Tecnologia dura em saúde:** são tecnologias envolvidas no trabalho em saúde que envolvem equipamentos, máquinas, normas e estruturas organizacionais
 ** **Estudos pré-clínicos** envolvem a descoberta da molécula, a formulação do possível medicamento e os testes em modelos animais. **Estudos clínicos** são aqueles realizados em seres humanos, buscam estabelecer as doses e efeitos adequados para tratamento.

Fonte: Imagem - Flaticon ©.



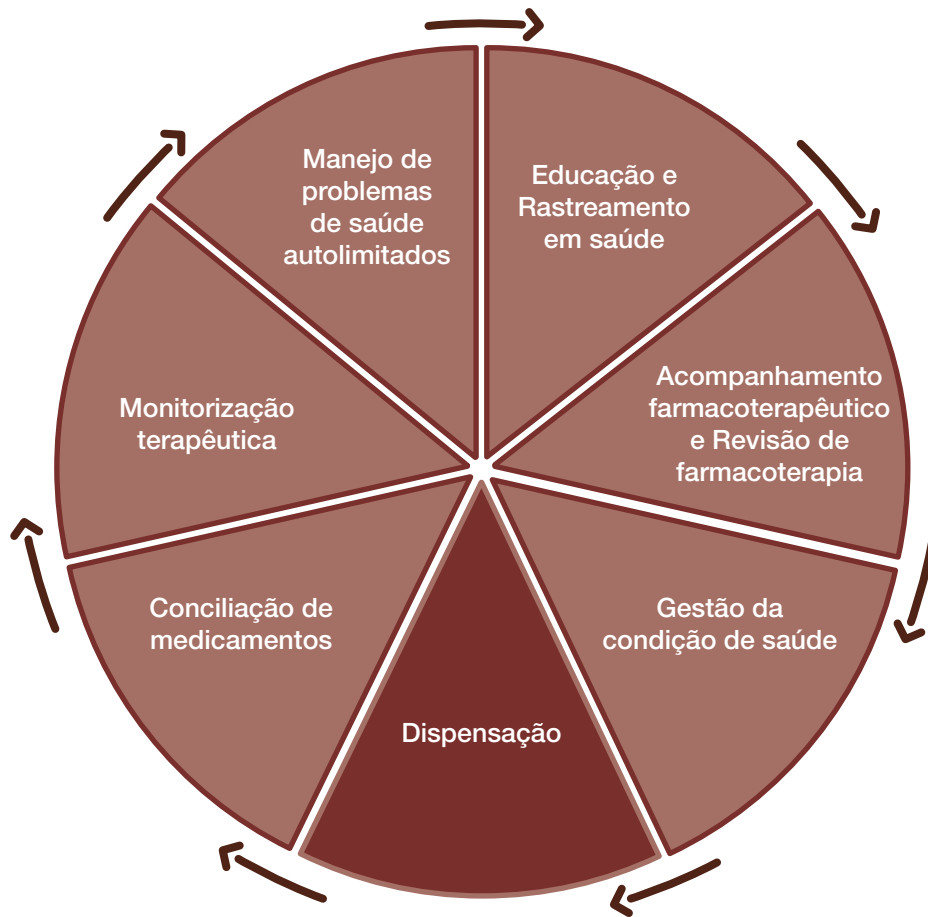
Fonte: Imagem – Webdoc Brasil, aqui tem SUS/Levante Filmes/Conasems ©.

Nesse contexto se insere a Assistência Farmacêutica, um conjunto de serviços que visam à promoção do acesso e do uso racional de medicamentos. No que tange à garantia do acesso, os serviços técnico-gerenciais que compõem o ciclo logístico do medicamento (seleção, programação, aquisição, armazenamento e distribuição) impactam diretamente sobre a disponibilidade do medicamento na farmácia. A falta dessa tecnologia compromete o processo de cuidado, haja vista o medicamento ser a principal ferramenta terapêutica para o tratamento dos problemas de saúde da população. Além disso, você sabe que evitar a perda de medicamentos nas farmácias e mantê-la abastecida não é tarefa fácil, principalmente se considerarmos que em quase 90% dos municípios brasileiros os recursos destinados à compra de medicamentos são insuficientes para atender à demanda local¹. O Brasil tem investido cerca de 7% a 9% do produto interno bruto (PIB) na saúde pública e os valores destinados à aquisição de medicamentos aumentaram 74% de 2008 a 2015, comprometendo em torno de 2% do orçamento geral da União^{2,3}.

Contudo, ainda que se tenha sucesso em toda a cadeia logística, não é possível garantir que o simples fornecimento do medicamento será suficiente para o êxito na prevenção, promoção e recuperação da saúde do indivíduo.

O uso do medicamento deve acontecer de forma racional para que haja efetivamente condições de alcance do sucesso terapêutico e melhoria dos níveis de saúde da população. Dessa forma, a oferta do medicamento, que acontece com a disponibilização do produto nos pontos de atenção e sua prescrição por um profissional habilitado, está intimamente relacionada aos serviços clínico-assistenciais (Figura 13), que visam a garantir condições favoráveis ao uso racional dos medicamentos. Entre esses serviços, a dispensação certamente é um dos mais recorrentes, devendo acontecer em consonância com a Política Nacional de Medicamentos e a Política Nacional de Assistência Farmacêutica^{4,5}.

Figura 13. Serviços clínico-assistenciais definidos como atribuição do farmacêutico



Fonte: Adaptada de Conselho Federal de Farmácia⁶.

»» Dispensação e entrega de medicamentos: conceitos e contextualização

A dispensação é um serviço reconhecido pelo Conselho Federal de Farmácia. Possui como objetivo garantir a segurança do paciente, o acesso e a utilização adequados do medicamento^{6,7}, envolvendo a análise dos aspectos técnicos e legais do receituário, a realização de intervenções, o fornecimento dos produtos prescritos para a saúde ao paciente ou ao cuidador, a orientação sobre o uso adequado e seguro, seus benefícios, conservação e descarte. Em outras palavras, acontece dispensação quando, de forma geral, entrega-se o medicamento e todas as informações que o usuário precisa para utilizar corretamente o produto, avaliando-se ainda a necessidade, efetividade, segurança e conveniência do tratamento.

Dessa forma, a realização do serviço demanda vastos conhecimentos, habilidades e atitudes em áreas como farmacologia, farmacologia clínica (farmacoterapia), fisiologia, patologia, bioquímica básica e clínica, hematologia, deontologia, legislação farmacêutica, farmácia clínica e assistência farmacêutica, semiologia, farmacoepidemiologia, saúde baseada em evidências, comunicação interpessoal, dentre tantas outras. Por isso, é um ato privativo do farmacêutico, ou seja, apenas esse profissional, que possui formação em todas as áreas discriminadas, pode realizar e se responsabilizar por executá-lo⁸. Nesse ato, o farmacêutico se situa entre a prescrição e a administração do medicamento, o que lhe garante uma posição de destaque para a promoção do uso racional. O usuário é atendido de maneira individualizada e com foco nas suas necessidades relacionadas ao uso adequado do medicamento, compreendendo a adesão e a identificação de situações que requeiram outros cuidados^{9,10}.

Assim, a dispensação representa uma das últimas oportunidades de identificar, corrigir ou reduzir possíveis erros associados à farmacoterapia antes que o paciente comece o uso do medicamento, bem como serve de cenário para identificar a necessidade de referenciá-lo a outros profissionais ou serviços de saúde. Além disso, serve como um meio complementar para

esclarecer as orientações médicas, informar sobre os cuidados na administração do produto e incentivar a adoção de medidas não farmacológicas que facilitem o alcance das metas terapêuticas¹¹.



Fonte: Imagem – Webdoc Brasil, aqui tem SUS/Levante Filmes/Conasems ©.

Em uma análise farmacoeconômica de estudos sobre dispensação e uso de psicofármacos, verificou-se que o custo do tratamento de transtornos mentais pode ser maior que os benefícios obtidos devido a ocorrência de eventos negativos associados ao uso inadequado desses medicamentos¹². Isso evidencia que o tratamento das doenças psiquiátricas pode ser desfavorável para o sistema de saúde se não houver uma postura mais ativa e clínica do farmacêutico e sua equipe no fornecimento

de medicamentos. Os mesmos autores verificaram, com base nesses estudos, que quando o farmacêutico atua ativamente na dispensação: aumenta em aproximadamente 19% o número de prescrições atendidas integralmente; aumenta em 42% a identificação de irregularidades técnicas nas prescrições; aumenta em 80% o acesso aos medicamentos padronizados; reduz para 1% as prescrições com itens não presentes na Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME) ou em falta no sistema; e aumenta para 94% o número de prescrições em conformidade com a Denominação Comum Brasileira (DCB) ou a Denominação Comum Internacional (DCI). No caso específico dos psicofármacos, observou-se nesses estudos que as intervenções realizadas durante a dispensação podem melhorar em 8,3% a qualidade de vida dos pacientes, resultando numa razão de benefício-custo na ordem de 2,5, o que comprova que a dispensação é custo-benéfica ao sistema de saúde. O mesmo resultado pode ser extrapolado para medicamentos de outra natureza, uma vez que não existe tratamento que seja completamente inerte a problemas de segurança¹².

Apesar dessa importância, a dispensação é geralmente negligenciada. Há evidências de que nem todos os farmacêuticos que atuam em farmácias comunitárias realizam o serviço da forma adequada por motivos diversos como a sobrecarga de trabalho ou a falta de preparo¹³⁻¹⁵, o que é preocupante já que a realização inadequada do serviço pode levar a erros no processo de uso do medicamento¹³. Um em cada quatro pacientes que fazem uso incorreto de seus medicamentos apresenta piora expressiva do quadro clínico⁹, o que causa crescimento do número de internações e atendimentos de urgência/emergência, agravamento da condição de saúde ou surgimento de novos problemas e aumento dos custos do cuidado para o sistema de saúde. Além disso, uma revisão sistemática de 70 estudos observacionais com 337.025 indivíduos mostrou que pelo menos 20% dos pacientes são vítimas de danos preveníveis durante a assistência médica (a maioria relacionada à prescrição de medicamentos), sendo que quase 12% desses danos resultam em incapacidade permanente ou morte¹⁶ e poderiam ser evitados com a oferta de serviços clínicos como a dispensação.

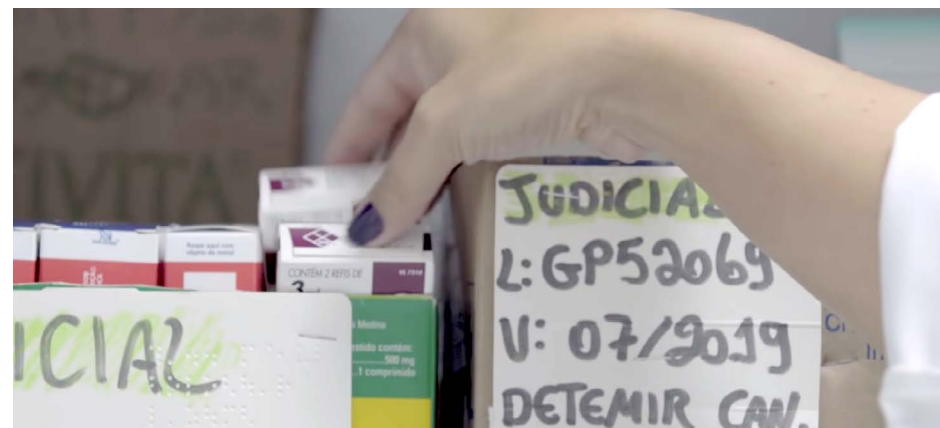


Fonte: Imagem – Webdoc Brasil, aqui tem SUS/Levante Filmes/Conasems ©.

A dispensação deve ocorrer tanto em farmácias públicas como naquelas do setor privado, a fim de assegurar o empoderamento do usuário e promover em ambos os cenários o uso racional dos medicamentos¹⁷. De acordo com a Lei n.º 13021/2014, farmácias são estabelecimentos de saúde destinados a prestar assistência farmacêutica, assistência à saúde e orientação sanitária individual e coletiva⁸, o que implica na oferta do cuidado e não apenas no simples fornecimento de medicamentos como geralmente se observa nos municípios brasileiros. Enquanto serviço clínico estruturado, a dispensação deve ser realizada de forma sistematizada para a garantia da qualidade no processo de cuidado, não sendo, portanto, uma atividade para se executar de qualquer jeito, sem a técnica necessária que se ensina na graduação e pós-graduação nos cursos de Farmácia.

Contudo, sozinho o farmacêutico não consegue prestar toda a assistência necessária para promover o êxito no uso do medicamento e o nível de informação necessária para orientar e avaliar o tratamento medicamentoso varia de um paciente para outro.

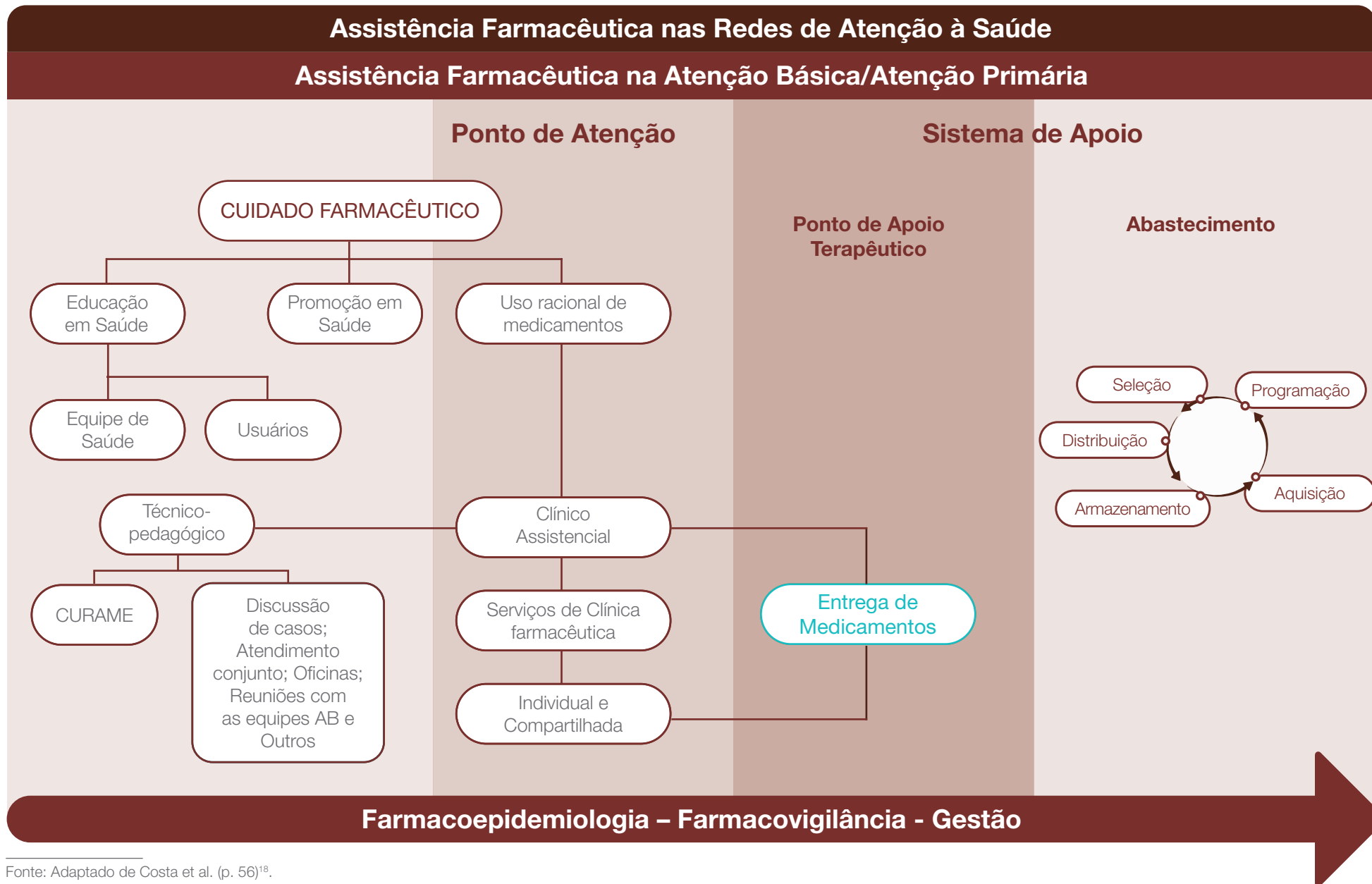
Assim, emerge outro serviço de grande importância no contexto das farmácias e dispensários: a entrega de medicamentos. Como estratégia suplementar da dispensação, a entrega de medicamentos é menos complexa e pode ser realizada por profissionais que não possuem curso superior em Farmácia. Tem por objetivo disponibilizar o medicamento ao paciente, fornecer orientações básicas em relação ao seu uso e verificar se há a necessidade de que essa pessoa seja avaliada ou orientada pelo farmacêutico.



Fonte: Imagem – Webdoc Brasil, aqui tem SUS/Levante Filmes/Conasems ©.

A entrega de medicamentos é um serviço previsto pelo Ministério da Saúde para o cuidado à saúde na atenção básica (Figura 14). Integra o sistema de apoio no âmbito das redes de atenção à saúde, ou seja, é desenvolvida em estabelecimentos que fazem parte do sistema de saúde e que estão interligados para garantir a integralidade do cuidado¹⁸.

Figura 14. Serviços farmacêuticos na atenção básica à saúde



O apoio técnico envolvido no serviço deve estar sob supervisão de farmacêutico (ou da equipe de saúde, no caso de dispensários), que tem a responsabilidade de treinar e capacitar sua equipe visando à qualificação das ações na entrega de medicamentos aos usuários do sistema^{17,19}. Semelhante à dispensação, na entrega de medicamentos se deve assegurar que o medicamento seja fornecido ao usuário certo, na dose prescrita, na quantidade adequada e com as informações suficientes para o uso correto¹⁷.



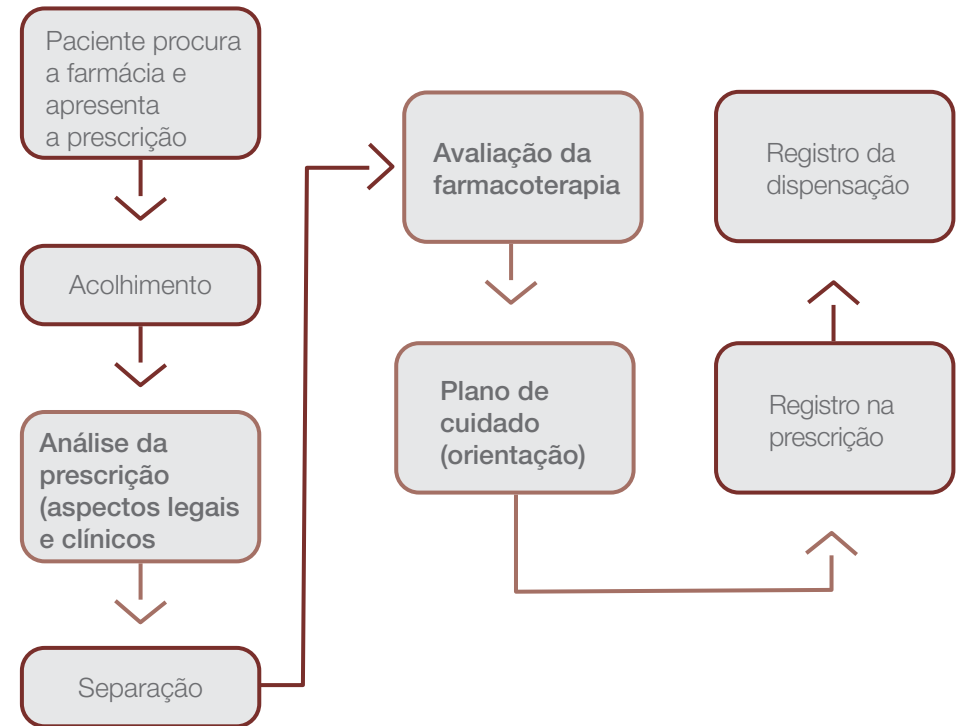
Fonte: Imagem – Webdoc Brasil, aqui tem SUS/Levante Filmes/Conasems ©.

»» Dispensação e entrega de medicamentos: sistematização do serviço

A dispensação envolve etapas distintas (Figura 15) que demandam conhecimento, habilidades e atitudes específicos para que as necessidades em saúde do usuário relacionadas à farmacoterapia sejam satisfatoriamente supridas. Por isso, deve ser realizada por farmacêutico e ofertada principalmente a pessoas que vão iniciar um tratamento medicamentoso, que apresentam condições clínicas especiais (nefropatia,

hepatopatia, gestação, entre outros), dúvidas relacionadas ao uso do medicamento, em situações de suspeitas de problemas decorrentes do uso de medicamentos ou em outras condições mais complexas.

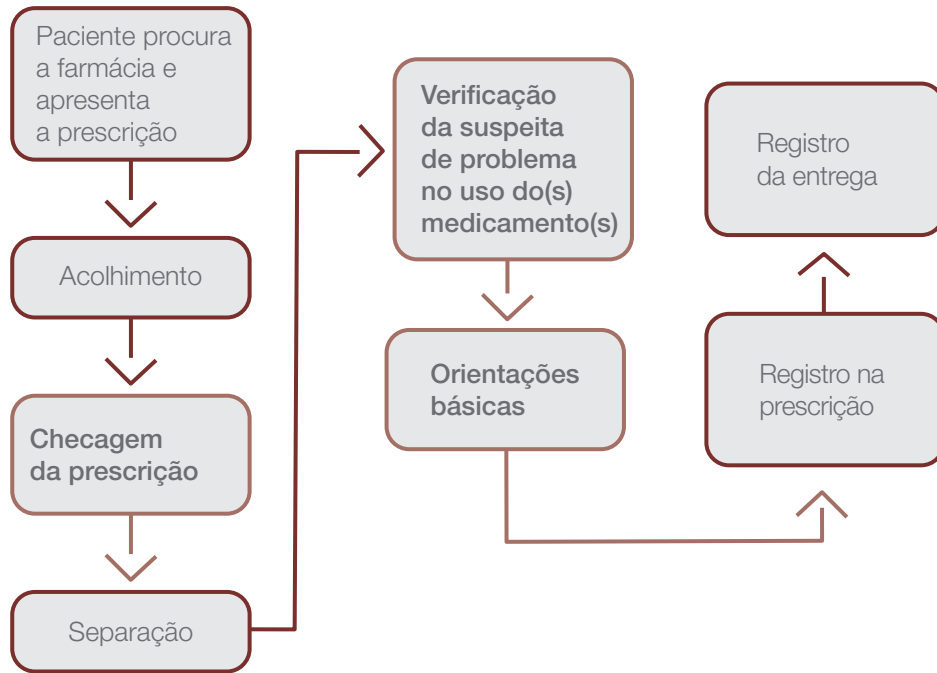
Figura 15. Etapas da dispensação de medicamentos



Fonte: Elaborada a partir de Correr e Otuki¹⁰.

As etapas da entrega de medicamentos (Figura 16) apresentam correspondência com as etapas da dispensação (Figura 15), justamente pelo fato de ser uma estratégia auxiliar no processo de cuidado ofertado na dispensação.

Figura 16. Etapas da entrega de medicamentos



Fonte: Elaboração própria.

Tanto a dispensação (realizada pelo farmacêutico) quando a entrega de medicamentos (realizada pelo apoio técnico ou outros profissionais) iniciam com o acolhimento do usuário. Definir “acolhimento” parece óbvio e instintivo, não é mesmo? Todavia a dimensão dessa palavra na prática do cuidado transcende seu significado literal. Nesse contexto, é importante você saber que acolhimento não é simplesmente cumprimentar o paciente quando ele chega na unidade de saúde. Também, **acolhimento** não é triagem, uma vez que este último se limita à escuta da queixa do paciente por um funcionário para selecionar a qual profissional da unidade de saúde encaminhá-lo²⁰.

De acordo com Ministério da Saúde²¹, acolher é “reconhecer o que o outro traz como legítima e singular necessidade de saúde”. Considerada uma diretriz da Política Nacional de Humanização, o acolhimento implica na responsabilização dos trabalhadores do estabelecimento de saúde pelo usuário durante toda sua permanência no local. Consiste da escuta qualificada oferecida pelos trabalhadores às necessidades do usuário, buscando garantir o acesso oportuno a tecnologias adequadas às suas necessidades e ampliar a efetividade das práticas de saúde. Isso assegura, por exemplo, que todos sejam atendidos com prioridade a partir da avaliação de vulnerabilidade, gravidade e risco. O acolhimento deve, assim, margear a relação entre as equipes e serviços com os indivíduos e a comunidade^{21,22}. De forma mais específica, no acolhimento que marca o início da dispensação/entrega. O trabalhador da saúde cumprimenta e se apresenta à pessoa que chega na farmácia ou dispensário, além de verificar se essa pessoa (o interlocutor) é o próprio paciente (pessoa que utilizará o medicamento) ou alguém que veio retirar o medicamento pelo usuário.



Fonte: Imagem – Webdoc Brasil, aqui tem SUS/Levante Filmes/Conasems ©.

Na **checagem da prescrição**, observam-se aspectos legais e possíveis inconsistências clínicas presentes no receituário, conforme orientações que podem ser definidas no município. Em relação aos aspectos legais, devem ser verificadas na prescrição a legibilidade, ausência de rasuras ou emendas, identificação do usuário, identificação do medicamento (incluindo concentração, dosagem, forma farmacêutica e quantidade), modo de usar e duração do tratamento, local e data da emissão, assinatura e identificação do prescritor com o número de registro no respectivo conselho profissional, além da adequação entre o tipo de receituário (branco comum ou especial e notificação de receita) e a natureza dos itens prescritos (medicamento isento de prescrição, medicamento com tarja vermelha ou medicamento sujeito a controle especial)¹⁹. No que diz respeito às inconsistências, deve-se verificar, por exemplo, se a dose dos fármacos prescritos está de acordo com a dose terapêutica ou se há potenciais interações medicamentosas graves.



Fonte: Imagem – Webdoc Brasil, aqui tem SUS/Levante Filmes/Conasems ©.

Na **separação do medicamento** deve ser realizada a busca pelo medicamento na prateleira ou nos *bins*. Nesse momento, verificam-se: as condições da embalagem (integridade), validade e lote. Na **verificação da suspeita de problemas no uso do(s) medicamento(s)**, deve-se observar se há evidências de que o tratamento está sendo efetivo, seguro e conveniente (adesão). Assim, com base nas informações obtidas até esse momento, serão fornecidas as **orientações básicas** necessárias ao uso correto dos medicamentos, como: posologia, interações com medicamentos e alimentos, reconhecimento de reações adversas, condições de armazenamento, medidas não-farmacológicas e até mesmo o encaminhamento a outros profissionais de saúde quando aplicável.

Para finalizar, documenta-se o serviço por meio de **registro na prescrição e registro da entrega do medicamento**. O registro na prescrição costuma ser feito pela anotação ou carimbo, na prescrição, da data de retirada do medicamento bem como a quantidade entregue.

Já o registro da entrega do medicamento pode ser realizado em sistema informatizado, a exemplo do Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica – Hórus ou outro sistema próprio do município, configurado para o envio de dados à Base Nacional de Dados de Ações e Serviços da Assistência Farmacêutica no SUS (BNAFAR). Procedimentos específicos como a retenção da prescrição no momento da entrega podem ser adotados pelo município nessa etapa de registro do serviço.



Fonte: Imagem – Webdoc Brasil, aqui tem SUS/Levante Filmes/Conasems ©.

»» Entrega de medicamentos em espaços diversificados

O processo de fornecimento do medicamento e das orientações básicas sobre seu uso deve estar organizado a fim de assegurar ao usuário universalidade, equidade e integralidade no cuidado²³. Para isso, o acesso deve ser compreendido num contexto mais amplo, considerando os aspectos cultural, educacional e socioeconômico, numa prática centrada na pessoa²⁴. Nesse contexto, a promoção do acesso implica na disponibilidade, acessibilidade geográfica, adequação, capacidade aquisitiva e aceitabilidade²⁵.

Diante disso, entende-se que a entrega de medicamentos nem sempre acontecerá na farmácia básica. Dispensários, espaços como a sala de enfermagem nas unidades de saúde ou postos volantes em áreas de difícil acesso (como zonas rurais, comunidades ribeirinhas ou regiões isoladas) às vezes são utilizados como entreposto para a oferta de serviços em saúde e fornecimento de medicamentos, sobremaneira como estratégia para minimização da vulnerabilidade social.

De forma semelhante, a prática do fornecimento do medicamento em visitas domiciliares por agentes comunitários de saúde também é uma realidade, embora esse ato não esteja previsto na Lei n.º 13.595/2018²⁶, que trata das atribuições, jornada, condições de trabalho e outros aspectos relacionados a atuação desses profissionais. Todavia, deve-se zelar para que mesmo nas situações descritas a entrega de medicamentos não se limite a uma prática exclusiva de fornecimento do medicamento. O apoio técnico deve ser periodicamente treinado pela equipe de saúde (preferencialmente o farmacêutico) para orientar o paciente sobre o uso do medicamento, bem como para identificar suspeitas de problemas na farmacoterapia e encaminhar o indivíduo a um profissional de saúde competente para avaliação do caso quando necessário.



Fonte: Imagem – Webdoc Brasil, aqui tem SUS/Levante Filmes/Conasems ©.

Apesar do exposto, destaca-se que a farmácia é o local mais apropriado para a realização da entrega e o planejamento logístico em relação ao fornecimento de medicamentos no município deve oferecer condições para que toda a população usufrua do direito ao acesso (em seu conceito mais amplo). O estabelecimento onde houver prestação de serviços no contexto da assistência farmacêutica, assistência à saúde e/ou orientação sanitária individual e coletiva, com fornecimento de medicamentos à população, poderá ser entendido como farmácia nos termos da Lei n.º 13.021/2014, estando sujeito à regulamentação própria que incide sobre esse tipo de unidade de saúde. Isso implica na necessidade de responsável técnico farmacêutico e na presença desse profissional durante todo o período de funcionamento do estabelecimento, o que atualmente representa uma dificuldade para alguns municípios mas pode ser uma forma de economia de recursos públicos na medida em que a atuação clínica desse profissional na atenção primária consegue reduzir a morbimortalidade relacionada ao uso de medicamentos.

»» Prática profissional do farmacêutico e do apoio técnico



Fonte: Imagem – Webdoc Brasil, aqui tem SUS/Levante Filmes/Conasems ©.

Pesquisadores acreditam que quase 60% dos pacientes que procuram por estabelecimentos farmacêuticos não apresentariam problemas relacionados a medicamentos se os farmacêuticos estivessem disponíveis apenas para a dispensação²⁷. Também afirmam que 84% dos usuários atendidos conseguiriam alcançar ótimos resultados terapêuticos com o tratamento medicamentoso se todas as farmácias ofertassem, além da dispensação, outros serviços clínicos no âmbito do cuidado farmacêutico (Figura 13). Assim, reforça-se a necessidade de que o farmacêutico integre a equipe de saúde na atenção básica e tenha disponibilidade para executar os serviços clínicos, conforme regulamenta a Resolução n.º 585/2013 do Conselho Federal de Farmácia.

No que tange à dispensação, a prática profissional do farmacêutico deve seguir as etapas apresentadas anteriormente (Figura 15). A responsabilidade pela execução da dispensação não isenta o farmacêutico de desempenhar atividades relacionadas à tecnologia de gestão dos medicamentos inseridas no contexto da assistência farmacêutica (programação, seleção, aquisição, armazenamento e distribuição). Essa conduta é desejável na medida em que favorece a garantia da qualidade dos produtos que serão fornecidos, o que também contribui para o sucesso do tratamento medicamentoso. Porém, a dispensação possui uma interconexão com os demais serviços que integram a assistência farmacêutica e deve representar parcela significativa da carga horária do profissional, de acordo com a agenda de trabalho estabelecida e a realidade de cada serviço, para que seja realizada satisfatoriamente e consiga atender as necessidades farmacoterapêuticas dos usuários da farmácia^{28,29}.

Além disso, cabe ao farmacêutico colaborar no treinamento da equipe (apoio técnico) que atuará diretamente na farmácia, dando suporte na realização dos serviços clínicos e gerenciais. A Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) n.º 44/2009 define que todos os funcionários devem ser capacitados quanto ao cumprimento da legislação sanitária vigente e aplicável às farmácias, bem como dos Procedimentos Operacionais Padrão do estabelecimento¹⁹. Esse pessoal, que inclui os trabalhadores responsáveis pela limpeza e manutenção, deve também receber treinamento inicial e continuado com relação ao autocuidado, higiene pessoal e do ambiente, saúde e condutas em caso de inconformidades. Nos treinamentos, os funcionários devem ainda ser instruídos sobre o uso e descarte de equipamentos de proteção individual, de acordo com o Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde, bem como sobre procedimentos a serem adotados em caso de acidente e episódios envolvendo riscos à saúde.

E como anteriormente mencionado, cabe ao apoio técnico em sua prática diária contribuir nas atividades que promovem o acesso e o uso racional de medicamentos, as quais integram os serviços gerenciais e clínicos oferecidos nas farmácias básicas.

Conferindo destaque à entrega de medicamentos, que no âmbito do apoio técnico integra parcela significativa da rotina de trabalho na farmácia básica, o fornecimento das orientações básicas deve integrar o atendimento de cada usuário ao qual for fornecido algum medicamento, seguindo a sistematização sugerida na Figura 16, além de ter atenção para entregar ao solicitante o medicamento certo, na concentração correta e em quantidade suficiente para uso pelo período de tratamento. No caso dos medicamentos de uso contínuo, convencionou-se estabelecer que seja entregue quantidade de medicamento suficiente para o uso por 30 dias, de forma que o paciente possa ser monitorado com maior frequência na unidade de saúde a cada retorno à farmácia ou dispensário para a retirada de novo quantitativo do medicamento utilizado e também para evitar perdas ou extravios decorrentes do armazenamento no ambiente domiciliar. Quando o indivíduo atendido pelo apoio técnico na entrega de medicamentos não for o paciente, é importante que as orientações de uso sejam anotadas para que essa pessoa possa levá-las com maior fidedignidade até o usuário do medicamento. Por sua vez, nas situações em que o paciente for utilizar o medicamento pela primeira vez, ratifica-se a importância de que o trabalhador encaminhe a pessoa para o atendimento com o farmacêutico, conforme mencionado anteriormente, de forma que uma breve anamnese possa ser realizada e se avalie o potencial de efetividade e segurança do tratamento frente à condição de saúde da pessoa e seu contexto de vida, considerando os determinantes sociais que podem interferir sobre o processo de uso do medicamento.



Fonte: Imagem – Webdoc Brasil, aqui tem SUS/Levante Filmes/Conasems ©.

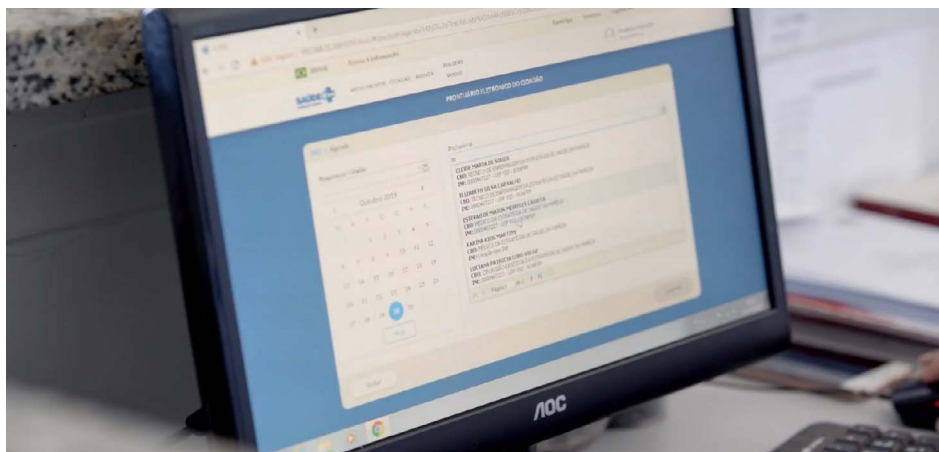
Dimensionamento dos serviços e recursos humanos

O êxito nos resultados das ações gerenciais e clínicas realizadas nas farmácias da atenção básica está intimamente relacionado ao planejamento, organização e estruturação dos serviços na unidade de saúde. Para isso, é necessário estrutura física, equipamentos e mobiliário adequados além de pessoal capacitado e treinado para o desenvolvimento de atividades administrativas, logísticas e assistenciais. Os recursos humanos precisam estar disponíveis em quantidade suficiente, tanto para gestão quanto para assistência aos usuários, compreendendo suas responsabilidades e atribuições para se comprometerem com a organização e a produção de serviços que atendam de fato as necessidades da população. A estimativa do número de trabalhadores a serem lotados na farmácia ou dispensário deve considerar o número de atendimentos diários e a complexidade dos serviços prestados no estabelecimento³⁰.



Fonte: Imagem – Webdoc Brasil, aqui tem SUS/Levante Filmes/Conasems ©.

Para instrumentalizar as atividades gerenciais, a existência de um sistema informatizado é fundamental, como discutido na *Aula 12*, no *Módulo 3**. Nesse sentido, o Ministério da Saúde disponibiliza gratuitamente o HÓRUS, que possibilita a definição dos fluxos e responsabilidades no processo de trabalho, o registro sistemático das ações e o acompanhamento do serviço por meio da emissão de relatórios³¹. O uso de sistemas e a Elaboração de normas internas, procedimentos operacionais padrão e instrumentos de controle são estratégias que a gestão deve adotar para o monitoramento e avaliação da oferta e da qualidade dos serviços.



Fonte: Imagem – Webdoc Brasil, aqui tem SUS/Levante Filmes/Conasems ©.

O uso dos sistemas informatizados e de outras ferramentas virtuais implica na necessidade de computadores e acesso à internet no local onde se concentra a gestão, bem como nos setores onde os serviços são oferecidos. A programação de medicamentos, por exemplo, que visa garantir a disponibilidade dos medicamentos nas quantidades adequadas e no tempo oportuno para atender a demanda da população-alvo, requer

um controle austero do estoque da farmácia, o levantamento de dados de morbimortalidade e do perfil demográfico da população adscrita, além da demanda e a oferta de outros serviços pela unidade de saúde. Isso se torna mais fácil e resolutivo quando um controle informatizado é implantado. De forma semelhante, a requisição de medicamentos por via eletrônica otimiza o processo de abastecimento da farmácia.

Para o armazenamento, outro serviço gerencial cujo objetivo é garantir a qualidade dos medicamentos sob condições adequadas e controle de estoque eficaz, a condição ambiental da farmácia ou dispensário é um elemento que requer atenção para manutenção das condições físico-químicas dos produtos. Não há padrões mínimos para a dimensão da área de armazenamento, mas o espaço deve ser adequado para o volume de produtos estocados. Embalagens não deverão estar em contato direto com chão, parede ou teto. Piso, paredes, ventilação, instalações elétricas, *layout* e fluxo de deslocamento de pessoas e produtos deverão estar de acordo com as exigências sanitárias. Deve haver controle diário de temperatura, luminosidade, ar e umidade para que a qualidade dos produtos não seja afetada. Além disso, deve-se seguir as recomendações de armazenamento dos fabricantes dos medicamentos³⁰.

No que tange aos serviços clínicos, a primeira necessidade a se ponderar certamente é a habilidade de comunicação, amplamente discutida na *Aula 17*.

Esse elemento envolve a capacidade do profissional de identificar qual a necessidade de informação e intervenção em cada situação prática, considerando os diferentes usuários, condições clínicas ou emocionais e tratamentos prescritos, para individualizar a forma de agir. Além disso, os recursos humanos devem possuir conhecimento técnico satisfatório e atitudes adequadas em relação aos serviços que realizará. Nesse sentido, o apoio técnico deve ser devidamente treinado por profissional competente para realizar a contento as atividades inerentes ao serviço ofertado na farmácia ou dispensário.

***Nota do editor:** Este livro integra a coleção *Assistência Farmacêutica na gestão municipal: da instrumentalização às práticas de profissionais de nível superior nos serviços de saúde* e apresenta o conteúdo das aulas que compõem o *Módulo 4* de curso homônimo oferecido projeto *Atenção Básica: capacitação, qualificação dos serviços de Assistência Farmacêutica e integração das práticas de cuidado na equipe de saúde*, realizado no âmbito do *PROADI-SUS*. As aulas do *Módulo 3* podem ser acessadas no *vol. 3* desta mesma coleção, *Serviços farmacêuticos técnico-gerenciais: operacionalização e prática nos municípios*.



Fonte: Imagem – Webdoc Brasil, aqui tem SUS/Levante Filmes/Conasems ©.

Tanto a dispensação quanto a entrega devem ser devidamente dimensionadas, assim como proposto para os serviços gerenciais, considerado o espaço físico da farmácia ou dispensário, o ambiente de atendimento, o mobiliário e equipamentos necessários, incluindo ferramenta apropriada para o registro da saída de medicamentos. O local para atendimento deve ser livre de qualquer barreira física para a comunicação com o profissional e levar em conta a humanização prevista na filosofia do Sistema Único de Saúde (SUS). Deve ainda haver espaço para a troca de informações de uma forma semiprivativa ou privativa, o que pode acontecer em um consultório ou outra área reservada da unidade de saúde. Os trabalhadores que forem responsáveis pela execução do serviço deverão conhecer cada etapa do processo e, se não forem farmacêuticos, deverão saber identificar as situações nas quais o usuário deve ser encaminhado ao atendimento por esse profissional. Destaca-se ainda que, como todo serviço clínico, a dispensação precisa ser documentada, o que também se aplica à entrega de medicamento, reiterando a sugestão de uso de sistema informatizado que contemple os serviços gerenciais e clínicos^{19,30}.



Fonte: Imagem – Shutterstock ©.

Diante desse cenário de necessidades, vale destacar que um estudo realizado pelo Ministério da Saúde em farmácias básicas de todo o país mostrou que mais da metade desses estabelecimentos contam com menos de 10 m² de espaço para dispensação de medicamentos, 23,8% possuem grades ou barreiras entre usuários e o trabalhador que executa o serviço e quase 60% não dispõem de sistema informatizado³². Isso interfere negativamente sobre a oferta adequada do medicamento, o que é reafirmado pelo fato de quase 80% dos farmacêuticos que trabalham em farmácias da atenção básica não desenvolverem qualquer outra atividade clínica no estabelecimento onde estão alocados. Resultado semelhante foi verificado em farmácias privadas do sul, sudeste e nordeste do Brasil^{14,15}.

Por falar em outras atividades clínicas, o acompanhamento farmacoterapêutico, com forte potencial para promoção do sucesso do tratamento medicamentosos nas farmácias, visa a identificação, prevenção e resolução de problemas relacionados com medicamentos.

Necessita de uma estrutura física particular para sua realização: ambiente privativo, que pode ser o consultório utilizado pelo médico e/ou outros profissionais (se a farmácia estiver em uma unidade de saúde), contendo mesa, cadeiras, material para registro das informações e equipamentos para mensuração de parâmetros clínicos como glicemia e pressão arterial. O acesso a fontes de consulta baseadas em evidências para estudo dos problemas de saúde e dos medicamentos é fundamental na avaliação da farmacoterapia durante a análise de cada caso, o que propiciará embasamento para a definição de intervenções no plano de cuidado. A educação em saúde também pode ser realizada nas farmácias e dispensários. A estrutura do estabelecimento deve contemplar painéis para afixação de cartazes substituíveis, aparadores para disponibilização de materiais informativos, sistema audiovisual para a reprodução de programas informativos, sala de reuniões ou auditório e/ou sala de orientação individual³⁰. Esses espaços não precisam ser de uso exclusivo da farmácia ou dispensário e podem estar previstos como áreas da unidade de saúde de forma geral.



Fonte: Imagem – Webdoc Brasil, aqui tem SUS/Levante Filmes/Conasems ©.



Fonte: Imagem – Webdoc Brasil, aqui tem SUS/Levante Filmes/Conasems ©.

Além do que foi mencionado, outros serviços clínicos podem ser oferecidos a depender das demandas da população e das características da unidade de saúde. O dimensionamento do serviço e dos recursos humanos nesse caso também deverá ser devidamente planejado para atender satisfatoriamente os objetivos da implantação e otimizar os custos para a rede de saúde.

Uso racional e seguro dos medicamentos

»» Uso racional de medicamentos e segurança do paciente

Com o que foi discutido até este momento, acreditamos que você esteja sensibilizado sobre a importância da organização e integração das práticas profissionais para o sucesso da oferta de medicamentos. A garantia do acesso, resultante do sucesso nos serviços gerenciais, não é suficiente para assegurar a melhoria da condição de saúde se o uso do medicamento for realizado de forma inadequada. Assim, emerge a importância da promoção do uso racional e da segurança do paciente, no intuito de se obter melhores níveis de saúde, evitar novos danos e potencializar o uso dos recursos investidos na saúde.



Fonte: Imagem – Webdoc Brasil, aqui tem SUS/Levante Filmes/Conasems ©.

Nesse sentido, um estudo farmacoeconômico realizado no Rio Grande do Sul mostrou que três em cada cinco problemas relacionados a medicamentos identificados em pacientes atendidos no pronto socorro de um hospital universitário eram considerados evitáveis, o que poderia gerar uma economia de quase R\$ 4,5 milhões para o sistema de saúde³³. Estudos anteriores^{34,35} evidenciaram situação semelhante: 36% das visitas aos pronto-atendimentos estão relacionadas a problemas na farmacoterapia e 70% desses problemas são considerados evitáveis com a atuação do farmacêutico clínico. Nesse sentido, observa-se também que os gastos do Ministério da Saúde com a aquisição de medicamentos têm crescido progressivamente nas últimas duas décadas. Em 2003, por exemplo, investiu-se R\$ 1,9 bilhões na compra desses insumos, valor que ultrapassou os R\$ 14 bilhões em 2015 (um aumento da ordem de 736%) devido a fatores como o aumento da expectativa de vida, a diminuição da mortalidade infantil, as políticas públicas em saúde e os programas de acesso aos medicamentos³.

Ainda assim, a saúde pública no país permanece sofrendo com a tripla carga das doenças, o desabastecimento das farmácias, a alta demanda de pacientes nas filas à espera de atendimento e com a falta de recursos para a oferta do cuidado integral à população.



Fonte: Imagem – Webdoc Brasil, aqui tem SUS/Levante Filmes/Conasems ©.

Sabe-se que em 2017 foram realizados 123.206.256 atendimentos de urgência e emergência na atenção básica/atenção primária e especializada no país, o que gerou um gasto de R\$ 1.267.424.195,99³⁶. Isso representou 1,7 atendimentos de urgência e emergência por habitante/ano e o consumo de recursos que ajudariam os estados e municípios no abastecimento das farmácias básicas de todos o país*. Considerando que até 24% das internações hospitalares são provenientes dos atendimentos de emergência³⁵ e que o custo médio das internações em dezembro de 2017 foi de R\$ 1.331,86, o SUS poderia ter economizado mais de R\$ 9,9 milhões em 2017** se os serviços clínicos estivessem sendo realizados de forma efetiva e capaz de evitar a totalidade de problemas existentes na farmacoterapia. Obviamente, evitar todos esses problemas é uma meta audaciosa e quase inatingível.

Ainda assim, a presente análise demonstra o quanto a inclusão do farmacêutico na equipe de saúde e sua integração a um apoio técnico treinado pode ser vantajosa à economia de recursos, sem contar os possíveis benefícios para a qualidade de vida da população.



Fonte: Imagem – Webdoc Brasil, aqui tem SUS/Levante Filmes/Conasems ©.

Isso deve colaborar para a integralidade e resolubilidade da atenção à saúde do indivíduo, da família e da comunidade. O trabalho interdisciplinar e multiprofissional pode se estruturar nas dimensões técnico-pedagógica e assistencial, numa proposta inovadora e promissora para transformação do modelo assistencial que favorece qualidade do cuidado e a educação permanente das equipes de saúde da família pelo aprendizado colaborativo^{37,38}. O envolvimento do apoio técnico nesse processo favorece ainda a prevenção dos erros de medicação e o risco de dano em função da sua ocorrência ao reunir esforços interdisciplinares para identificar a natureza e os determinantes desses problemas no processo de cuidado. As falhas no uso dos medicamentos são consideradas importantes fatores que comprometem demasiadamente a segurança do usuário. Por isso, esse tema de relevância mundial já se consolida no Brasil como um programa.



Fonte: Imagem – Webdoc Brasil, aqui tem SUS/Levante Filmes/Conasems ©.




* Considerando a contrapartida federal no financiamento do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no ano de 2017.

** Cálculo realizado com base na estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística para o número de habitantes no Brasil em 2017 e a quantidade de atendimentos de urgência e emergência informados no DataSUS nesse mesmo período.

Criado para contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional, o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) define a segurança do paciente como um dos atributos da qualidade do cuidado³⁹. Nesse contexto, protocolos de segurança têm sido recomendados e adotados na prescrição, uso e administração de medicamentos em estabelecimentos que prestam cuidados à saúde, em todos os níveis de complexidade, principalmente naqueles onde há medicamentos destinados à profilaxia, exames diagnósticos, tratamento e medidas paliativas⁴⁰.

Saiba mais!

Para saber mais sobre segurança do paciente, sugerimos acessar as seguintes referências:

- » [Programa Nacional de Segurança do Paciente \(PNSP\)](#); 
- » [Protocolo de Segurança na Prescrição, uso e Administração de Medicamentos](#); 
- » [Instituto para Práticas Seguras no Uso dos Medicamentos \(ISMP Brasil\)](#). 



Fonte: Imagem - Flaticon ©.


»» Farmacovigilância e vigilância em saúde no cotidiano dos serviços

A vigilância em saúde é definida como um processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise e disseminação de dados sobre eventos relacionados à saúde, visando o planejamento e a implementação de medidas de políticas públicas para a proteção da saúde da população, a prevenção e controle de riscos, agravos e doenças, bem como para a promoção da saúde⁴¹. Na perspectiva da segurança do paciente e da promo-

ção do uso racional de medicamentos, deve ser uma prática prevalente no cotidiano dos serviços de saúde para evitar danos decorrentes de uso das tecnologias em saúde (incluindo os medicamentos), o que demanda dos profissionais envolvidos no cuidado postura ativa de identificação e notificação dos erros, problemas e agravos decorrentes do processo de cuidado.

Frente a isso, a farmacovigilância é entendida como a ciência e atividades relativas à identificação, avaliação, compreensão e prevenção de efeitos adversos ou quaisquer problemas relacionados ao uso de medicamentos. Visa a identificar, avaliar e monitorar a ocorrência dos eventos adversos relacionados ao uso dos medicamentos, com o objetivo de garantir que os benefícios relacionados ao uso desses produtos sejam maiores que seus riscos. Além das reações adversas a medicamentos, são questões relevantes para a farmacovigilância: eventos adversos causados por desvios da qualidade de medicamentos, inefetividade terapêutica, erros de medicação, uso de medicamentos para indicações não aprovadas no registro, uso abusivo, intoxicações e interações medicamentosas⁴².

As notificações podem ser realizadas por qualquer pessoa, independentemente de ser profissional da saúde, junto às agências de farmacovigilância ou à Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Para realizar a notificação pela ANVISA, deve-se:

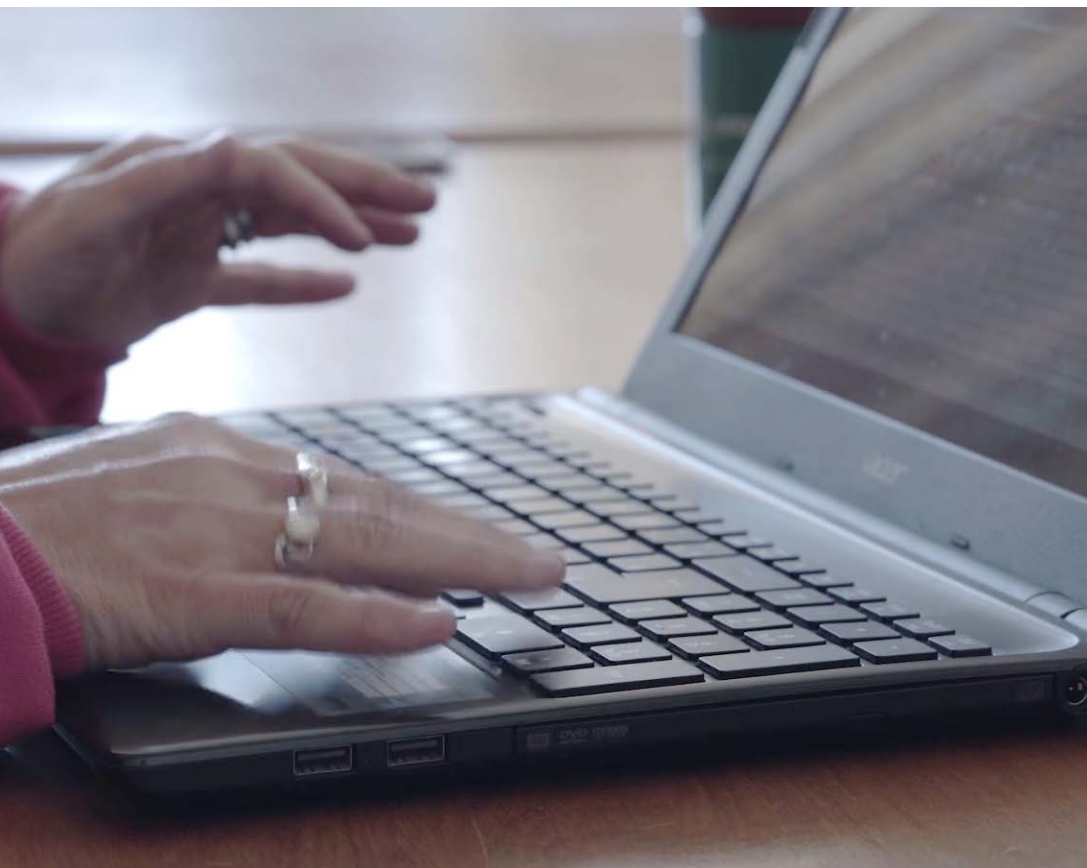
1. acessar o site <http://portal.anvisa.gov.br/notificacoes/medicamentos>; 
2. escolher o que vai notificar (eventos adversos** ou queixas técnicas***);
3. escolher o perfil de notificador (cidadão ou profissional*);
4. preencher as informações que serão solicitadas.

* Enquadram-se como “profissional” nessa classificação os profissionais de saúde, serviços de saúde, vigilâncias sanitárias ou empresas.

** Suspeitas de problemas durante o tratamento com um medicamento ou vacina.

*** Suspeitas de alterações em produtos ou irregularidades de empresas.


Pelo acesso ao *link* indicado anteriormente, será possível verificar que a notificação de eventos adversos por cidadãos e profissionais é realizada pelo Vigimed. Outros perfis notificadores de eventos adversos e a notificação das queixas técnicas são realizadas pelo Notivisa. Apesar disso, ambas as plataformas são da ANVISA e podem ser facilmente utilizadas seguindo as instruções disponíveis na tela.



Fonte: Imagem – Webdoc Brasil, aqui tem SUS/Levante Filmes/Conasems ©.

Saiba mais!



Além da ANVISA, há centros de farmacovigilância vinculados a instituições de ensino, de saúde e a órgãos sanitários nos quais a notificação pode ser realizada. Como exemplo, cita-se o [Centro de Farmacovigilância da Universidade Federal de Alfenas](#) , as unidades notificadoras ligadas a hospitais sentinelas e os centros de vigilância sanitária estaduais.

As notificações enviadas a esses órgãos e instituições são reunidas e enviadas à ANVISA para que a evidência de sinais (número de notificações relacionadas a uma mesma suspeita ou evento) gere medidas sanitárias (como alterações do texto de bula, suspensão de comercialização do medicamento, cancelamento do registro, entre outras).

Fonte: Imagem - Flaticon ©.

A cultura de notificação é uma prática simples que precisa ser mais amplamente difundida entre os recursos humanos que atuam na saúde, principalmente nas farmácias da atenção básica, e entre os usuários de medicamentos para coibir erros no processo de cuidado e otimizar a vigilância em saúde no cotidiano dos serviços.

Síntese da Aula

Nesta aula foi possível perceber que a oferta de medicamentos nos municípios depende do êxito na realização dos serviços gerenciais (asseguram o acesso) e dos serviços clínicos (asseguram o uso racional dos medicamentos). Isso envolve organização, planejamento e a integração entre diferentes trabalhadores, incluindo farmacêuticos, gestores e apoio técnico. A prática dos trabalhadores da saúde nos serviços contemplados no escopo da gestão e da clínica precisam ser conhecidas e compreendidas por todos que atuam na unidade de saúde para que a oferta do medicamento aconteça de forma a assegurar a universalidade, equidade e integralidade do cuidado. Além disso, o dimensionamento dos serviços e dos recursos humanos é fundamental para que haja condições de se promover efetivamente o acesso e o uso racional de medicamentos nas unidades de saúde. Destaca-se ainda que essa promoção do uso racional está intimamente relacionada à vigilância em saúde no cotidiano dos serviços e que prescinde da colaboração mútua de profissionais de saúde, apoio técnico e usuários de medicamentos na notificação de problemas decorrentes do uso de tecnologias no processo de cuidado.

Glossário

Dispensação: serviço proporcionado pelo farmacêutico, geralmente em cumprimento a uma prescrição de profissional habilitado. Envolve a análise dos aspectos técnicos e legais do receituário, a realização de intervenções, a entrega de medicamentos e de outros produtos para a saúde ao paciente ou ao cuidador, a orientação sobre seu uso adequado e seguro, seus benefícios, sua conservação e descarte, com o objetivo de garantir a segurança do paciente, o acesso e a utilização adequados.

Estudos pré-clínicos: envolvem a descoberta da molécula, a formulação do possível medicamento e os testes em modelos animais.

Estudos clínicos: são aqueles realizados em seres humanos, buscam estabelecer as doses e efeitos adequados para tratamento.

Eventos adversos: Suspeitas de problemas durante o tratamento com um medicamento ou vacina.

Farmacovigilância: ciência e atividades relativas à identificação, avaliação, compreensão e prevenção de efeitos adversos ou quaisquer problemas relacionados ao uso de medicamentos

Queixas técnicas: Suspeitas de alterações em produtos ou irregularidades de empresas.

Tecnologia dura em saúde: são tecnologias envolvidas no trabalho em saúde que envolvem equipamentos, máquinas, normas e estruturas organizacionais

Vigilância em saúde: processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise e disseminação de dados sobre eventos relacionados à saúde, visando o planejamento e a implementação de medidas de políticas públicas para a proteção da saúde da população, a prevenção e controle de riscos, agravos e doenças, bem como para a promoção da saúde.

Referências

1. Faleiros DR et al. Financiamento da assistência farmacêutica na gestão municipal do Sistema Único de Saúde. *Rev Saude Pub.* 2017;51(Suppl 2):1–10.
2. Piola SF et al. Estado de uma nação – Textos de apoio - Saúde no Brasil: algumas questões sobre o Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: IPEA; 2009. 83p.
3. David G, Andreilino A, Beghin N. Direito a medicamentos: Avaliação das despesas com medicamentos no âmbito federal do sistema único de saúde entre 2008 e 2015. 1 ed. Brasília: INESC; 2016.
4. Brasil, Ministério da Saúde. Resolução CNS nº 338, de 6 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica [Internet]. Diário Oficial da União. 6 maio 2004 [acesso em 26 fev. 2020]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2004/res0338_06_05_2004.html.
5. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria nº 3.916, de 30 de outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos [Internet]. Diário Oficial da União. 30 out. 1998 [acesso em 26 fev. 2020]. Disponível em: http://www.cff.org.br/userfiles/file/portarias/3916_gm.pdf.
6. Conselho Federal de Farmácia. Serviços farmacêuticos diretamente destinados ao paciente, à família e à comunidade: contextualização e arcabouço conceitual. Brasília: Conselho Federal de Farmácia; 2016.
7. Conselho Federal de Farmácia (CFF). Resolução nº 357, de 20 de abril de 2001. Aprova o regulamento técnico das Boas Práticas de Farmácia [Internet]. Diário Oficial da União. 27 abr. 2001 [acesso em 26 fev 2020]. Disponível em: <http://www.cff.org.br/userfiles/file/resolucoes/357.pdf>.
8. Brasil. Lei nº 13.021, de 8 de agosto de 2014. Dispõe sobre o exercício e a fiscalização das atividades farmacêuticas [Internet]. Diário Oficial da União. 11 ago. 2014 [acesso em 26 fev. 2020]. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2014/lei-13021-8-agosto-2014-779151-normaatualizada-pl.pdf>.
9. Angonesi D, Rennó MUP. Dispensação farmacêutica: proposta de um modelo para a prática. *Cien Saude Colet.* 2011;16(9):3883-91.
10. Correr CJ, Otuki MF, Soler O. Assistência farmacêutica integrada ao processo de cuidado em saúde: gestão clínica do medicamento. *Rev Pan-Amazônica Saúde.* 2011;2(3):41-9.
11. Oenning D, Oliveira BV, Blatt CR. Conhecimento dos pacientes sobre os medicamentos prescritos após consulta médica e dispensação. *Cien Saude Colet.* Jul. 2011;16(7):3277-83.
12. Cazarim ELCC, Maduro LS, Pereira LB, Cazarim MS, Reis TM. Dispensação de psicofármacos e orientação farmacêutica no balcão da farmácia. In: *Atenção Farmacêuticas nas doenças psiquiátricas.* São Paulo: Atheneu; 2018.
13. Reis TM, Pereira ML. The Brazilian Pharmacist's role in dispensing Drugs in the Pharmaceutical Care Scenario. *J Appl Pharm Sci – JAPHAC.* 2016;3(S1):11-13.
14. Reis TM, Rocha KSS, Barros IMC, Santos LMC, Paixão FP, Almeida FHO, et al. Pharmacists' skills in conducting clinical services in community pharmacies in urban areas of northeast Brazil. *Lat Am J Pharm.* 2015;34(4):725-31.
15. Reis TM, Guidoni CM, Girotto E, Rascado RR, Mastroianni PC, Cruciol JM, et al. Knowledge and conduct of pharmacists for dispensing of drugs in community pharmacies: A cross-sectional study. *Brazilian J Pharm Sci.* 2015;51(3):733-44.

16. Panagioti M, Khan K, Keers RN, Abuzour A, Phipps D, Kontopantelis E, et al. Prevalence, severity, and nature of preventable patient harm across medical care settings: systematic review and meta-analysis. *BMJ* [Internet]. 2019 [acesso em 26 fev. 2020];l4185. Disponível em: <http://www.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmj.l4185>.
17. Nascimento Júnior JMN, Paganelli MO, Tavares NUL, Soeiro OM, Costa KS. Dispensação: dispensar e entregar não são sinônimos. *Uso Racional de Medicamentos: fundamentação em condutas terapêuticas e nos macroprocessos da Assistência Farmacêutica*. Set. 2016;1(16):1-5.
18. Costa K, Junior JMN, Soeiro OM, Paganelli OM, Araújo SQ. Assistência farmacêutica nas Redes de Atenção à Saúde do SUS. In: Brasil, Ministério da Saúde. *Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica, Caderno 1*. Brasília: Ministério da Saúde; 2014 [acesso em 26 fev. 2020]. p. 25-36. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/servicos_farmaceuticos_atencao_basica_saude.pdf.
19. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Resolução da Diretoria Colegiada 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 [Internet]. *Diário Oficial da União*. 18 ago. 2009 [acesso em 26 fev. 2020]. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/legislacao/item/rdc-44-2009>.
20. Núcleo de Telessaúde do Rio Grande do Sul. Qual a diferença entre triagem e acolhimento? *Processo de Trabalho na APS*. 2009 [acesso em 26 fev. 2020]. Disponível em: <https://aps.bvs.br/aps/qual-a-diferenca-entre-triagem-e-acolhimento/>.
21. Brasil, Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização – HumanizaSUS [Internet]. Brasília, Ministério da Saúde; 2019 [acesso em 26 fev. 2020]. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/acoes-e-programas/politica-nacional-de-saude-bucal/sobre-o-programa/693-acoes-e-programas/40038-humanizasus>.
22. Brasil. HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS [Internet]. 4ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2010 [acesso em 26 fev 2020]. (Série B. Textos Básicos de Saúde) Disponível em: <http://www.saude.gov.br/editora>.
23. Reis TM, Pereira ML. The Brazilian Pharmacist's role in dispensing Drugs in the Pharmaceutical Care Scenario. *J App Pharm Sci*. 2016;3(S1):11-13.
24. Maia Sanchez R, Mesquita Ciconelli R. Conceitos de acesso à saúde. *Rev Panameric Salud Publ*. 2012;31(3):260-8.
25. Penchansky R, Thomas JW. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. *Med Care*. 1981 Feb;19(2):127-40.
26. Brasil. Lei nº 13595, de 5 de janeiro de 2018. Altera a Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, para dispor sobre a reformulação das atribuições, a jornada e as condições de trabalho, o grau de formação profissional, os cursos de formação técnica e continuada e a indenização de transporte dos profissionais Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate às Endemias [Internet]. *Diário Oficial da União*. 8 jan. 2018 [acesso em 26 fev. 2020]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2018/Lei/L13595.htm.
27. Johnson JA, Bootman JL. Drug-related morbidity and mortality and the economic impact of pharmaceutical care. *Am J Heal Pharm*. 1997;54(5):554-8.
28. Campese M, Soares L, Leite SN, Farias MR. O dever da profissão farmacêutica e a clínica farmacêutica. In: Soares L, Farias MR, Leite SN, Campese M, Manzini F, organizadores. *Atuação clínica do farmacêutico* [Internet]. Florianópolis: Editora da UFSC; 2016 [acesso em 26 fev. 2020]. p. 45-90. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/187553>

29. Bernardo NLMC, Hoepfner L. Serviço de dispensação: um serviço de saúde. In: Soares L, Farias MR, Leite SN, Campese M, Manzini F, organizadores. Atuação clínica do farmacêutico [Internet]. Florianópolis: Editora da UFSC; 2016 [acesso em 26 fev. 2020]. p. 45-90. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/187553>.
30. Brasil, Ministério da Saúde. Diretrizes para estruturação de farmácias no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
31. Brasil, Ministério da Saúde. Sistema Hórus [Internet]. 2019 [acesso em 10 nov. 2019]. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/assistencia-farmaceutica/sistema-horus>.
32. Leite SN, Bernardo NLMC, Álvares J, Guerra Junior AA, Costa EA, Acurcio FA, et al. Serviço de dispensação de medicamentos na atenção básica no SUS. Rev Saude Publica. 2017;51(51):1-10.
33. Freitas GRM, Tramontina MY, Balbinotto G, Hughes DA, Heineck I. Economic Impact of Emergency Visits due to Drug-Related Morbidity on a Brazilian Hospital. Value Heal Reg issues. 2017;14:1-8.
34. Al Hamid A, Ghaleb M, Aljadhey H, Aslanpour Z. A systematic review of hospitalization resulting from medicine-related problems in adult patients. Br J Clin Pharmacol. 2014 Aug;78(2):202-17.
35. Patel P, Zed PJ. Drug-related visits to the emergency department: how big is the problem? Pharmacotherapy. 2002 Jul;22(7):915-23.
36. Brasil, Ministério da Saúde. Produção ambulatorial do SUS - Brasil - Por local de atendimento [Internet]. Datasus. 2018 [acesso em 26 fev. 2020]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sia/%0Dcnuv/qauf.def>.
37. Castro CP, Sousa Campos GW. Apoio matricial como articulador das relações interprofissionais entre serviços especializados e atenção primária à saúde. Physis. 2016;26(2):455-81.
38. Campos GWDS, Domitti AC. Matrix support and reference team: A methodology for interdisciplinary health work management. Cad Saude Publica. 2007;23(2):399-407.
39. Brasil, Ministério da Saúde. Programa Nacional de Segurança do Paciente [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2019 [acesso em 26 fev. 2020]. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/acoes-e-programas/programa-nacional-de-seguranca-do-paciente-pnsp>.
40. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Protocolo de Segurança na Prescrição, uso e Administração de Medicamentos [Internet]. Protocolos. Brasília: Ministério da Saúde; 2013 [acesso em 26 fev. 2020]. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/category/diversos>.
41. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria nº 1.378, de 9 de julho de 2013. Regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, relativos ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. Diário Oficial da União. jul 2013.
42. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Farmacovigilância [Internet]. 2019 [acesso em 26 fev. 2020]. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/farmacovigilancia>.

Material Complementar

BRASIL. Diretrizes para estruturação de farmácias no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília : Ministério da Saúde, 2009 [acesso em 10 nov 2019]. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=document&layout=default&alias=435-diretrizes-para-estruturacao-farmacias-no-ambito-do-sistema-unico-saude-5&category_slug=assistencia-farmaceutica-958&Itemid=965.

Autor

Tiago Marques dos Reis

Possui graduação em Farmácia pela Universidade Federal de Alfenas, mestrado em Assistência Farmacêutica pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul e doutorado em Ciências pela Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo. Trabalhou como consultor técnico no Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde. Coordenou o Curso de Capacitação em Dispensação de Medicamentos (modalidade à distância). Foi tutor no curso de Gestão da Assistência Farmacêutica - UFSC/MS e no PET-Saúde/GraduaSUS. Atualmente, é professor adjunto na Faculdade de Ciências Farmacêuticas da Universidade Federal de Alfenas. Membro do Grupo de Pesquisa em Assistência Farmacêutica da UNIFAL-MG e colaborador no Centro de Pesquisa em Assistência Farmacêutica e Farmácia Clínica da FCFRP-USP. Possui experiência na área de Farmácia Clínica e Assistência Farmacêutica.





Volume 4



Coleção



DISQUE SAÚDE 136

Biblioteca Virtual em Saúde
do Ministério da Saúde
bvsms.saude.gov.br



MINISTÉRIO DA
SAÚDE

Governo
Federal