Sílvia Storpirtis
Ana Luiza Pereira Moreira Mori
Angélica Yochiy
Ana Lúcia Jacques Faria





Farmácia Clínica e Cuidado Farmacêutico

Ciência, Educação e Prática Profissional



Atheneu

Farmácia Clínica e Cuidado Farmacêutico

Ciência, Educação e Prática Profissional



SAL

SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO LEITOR

Tel.: 08000267753

www.atheneu.com.br

(21) 99165-6798 Facebook.com/editoraatheneu Twitter.com/editoraatheneu Youtube.com/atheneueditora

Farmácia Clínica e Cuidado Farmacêutico

Ciência, Educação e Prática Profissional

EDITORAS

SÍLVIA STORPIRTIS

ANA LUIZA PEREIRA MOREIRA MORI

ANGÉLICA YOCHIY

ANA LÚCIA JACQUES FARIA

Atheneu

Rio de Janeiro • São Paulo

2024

EDITORA ATHENEU

São Paulo	—	Rua Maria Paula, 123 – 13º andar Conjuntos 133 e 134 Tel.: (11) 2858-8750 E-mail: atheneu@atheneu.com.br
Rio de Janeiro	—	Rua Bambina, 74 Tel.: (21) 3094-1295 E-mail: atheneu@atheneu.com.br

Capa: FK Estudio

Produção Editorial: Arte & Ideia

CIP-BRASIL. CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO
SINDICATO NACIONAL DOS EDITORES DE LIVROS, RJ

F247

Farmácia clínica e cuidado farmacêutico : ciência, educação e prática profissional / editoras Sílvia Storpirtis ... [et al.]. – 1. ed. – Rio de Janeiro : Atheneu, 2024.
28 cm.

Inclui índice
ISBN 978-65-5586-788-6

. Farmácia. 2. Farmácia clínica. I. Título.

CDD: 615.1
24-88899 CDU: 615

Meri Gleice Rodrigues de Souza - Bibliotecária - CRB-7/6439

Storpirtis S, Mori ALPM, Yochiy A, Faria ALJ

Farmácia Clínica e Cuidado Farmacêutico – Ciência, Educação e Prática Profissional

© Direitos reservados à Editora ATHENEU – Rio de Janeiro, São Paulo, 2024.

1

Assistência Farmacêutica como Política Pública de Saúde – Transformações e Perspectivas

• Felipe Tadeu Carvalho Santos • Dirce Cruz Marques • Sandra Aparecida Jeremias

INTRODUÇÃO

Este capítulo pretende instigar a reflexão sobre o papel da Assistência Farmacêutica para a sociedade e a sua configuração nas redes de atenção à saúde, considerando as dimensões social, política e econômica, inerentes às ações e aos serviços ofertados para os indivíduos e a coletividade.

Após décadas de políticas sanitárias com efeitos discriminatórios, a Constituição Federal de 1988 traz, pela primeira vez, a garantia de saúde para todos os cidadãos, como dever do Estado, uma grande conquista da população brasileira, que emerge com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). A saúde como direito agrega diversas áreas no âmbito constitucional, inclusive a Assistência Farmacêutica, principalmente em aspectos relacionados com o acesso e o uso de medicamentos pela população.

Apesar dos inegáveis avanços da saúde pública nas últimas décadas, destaca-se que as políticas que vêm sendo desenvolvidas ainda não foram suficientemente efetivas para atender às totalidades das necessidades de saúde da sociedade, corroborando com os apontamentos de que o SUS e, consequentemente, as políticas farmacêuticas, não são processos acabados, ainda estão em construção e em consolidação no país. As grandes discrepâncias na distribuição de riquezas e na intensificação das desigualdades, estabelecidas ao longo dos anos, prejudicam a efetivação de conquistas sociais mínimas e reforçam desafios importantes na saúde pública.

O posicionamento da Assistência Farmacêutica como política social e a sua consolidação no sistema de saúde perpassa importantes pautas, que ainda carecem de serem superadas, dentre as quais destaca-se o caráter simbólico dos fármacos e seu entendimento simplista como bem de consumo, consequência da produção capitalista, que faz da sua utilização sem critérios um grave problema de saúde pública.

Os desafios necessitam ser superados tendo por base o uso racional dos produtos farmacêuticos e a integração efetiva da Assistência Farmacêutica no sistema de saúde, tanto na articulação em rede com outros serviços, como também na articulação entre as práticas profissionais, atuando diretamente nos processos de cuidado nos pontos de atenção e na melhoria da saúde da população. Destaca-se, ainda, a necessidade de atender às demandas e aos interesses em saúde de pessoas, comunidades e territórios, e não os decorrentes da lógica do lucro.

A participação do setor privado nas políticas farmacêuticas deve ser amplamente discutida e regulada pelo Estado, a fim de assegurar o interesse público. A sociedade exige, portanto, investimento em novas formas de conceber e incorporar a Assistência Farmacêutica no SUS.

Vale destacar a Assistência Farmacêutica como um indicador da qualidade de assistência à saúde, uma vez que compreende uma parcela importante dos recursos públicos destinados à saúde e deve dar resultados significativos para as pessoas. O fundamento para a Assistência Farmacêutica integral estará relacionado com o amadurecimento dos profissionais da saúde, especialmente farmacêuticos, com atitude mais participante sob o aspecto do compromisso social, e relacionado com o senso dos gestores do SUS, quanto à compreensão da sua potencialidade para o sistema de saúde.

Dessa forma, a consciência quanto à necessidade de se superar a atual dicotomia entre as políticas de saúde e as políticas farmacêuticas, e

a discussão sobre as estratégias que conduzam à integração das políticas farmacêuticas como políticas públicas, constitui um desafio e um ideal de valor a ser alcançado e consolidado no país.

POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL

Até a década de 1970, as políticas públicas de saúde no Brasil eram voltadas apenas para uma parcela da população, com predominância de aspectos excludentes, dicotômicos e reducionistas. O sistema de proteção social brasileiro integrava um modelo de seguridade social previdenciária e um modelo assistencial, sendo este de conotação caritativa, voltado para os que não tinham vínculo trabalhista (Fleury, 2009). O acesso integral à saúde não era um direito de todo cidadão e prevalecia a injustiça social, frente ao padrão de organização e aos mecanismos de ofertas de ações e serviços de saúde predominantes no país (Paim, 2008; Escorel, 2012; Baptista, 2014).

As reivindicações pela democracia do país, a partir dos anos 1980, são impulsionadas na área de saúde pelo movimento da reforma sanitária, liderado por trabalhadores da saúde, universidades públicas e setores organizados. Nesse contexto, busca-se o fortalecimento do processo civilizatório e da construção de um Estado de bem-estar social, que surge como uma estratégia de transformação institucional das políticas públicas de saúde no país (Fleury, 2009). Ao contrário de outras reformas do Estado, a sanitária surgiu a partir da sociedade e como parte de um conjunto de medidas de mudança social (Paim, 2008; Paim *et al*., 2011).

A concepção do projeto de reforma sanitária foi fundamentada mediante uma noção de crise da prática médica, do autoritarismo, do modelo de saúde curativista e focado nas doenças, com vistas à integração das ações de saúde em um sistema único, de gestão descentralizada e com participação do controle social. O movimento reformista ganha força em um cenário de crise política, econômica e institucional no país, em meio a uma crise de legitimidade do Estado (Fleury, 2009; Escorel, 2012; Baptista, 2014).

Destaca-se, em 1986, a 8ª Conferência Nacional de Saúde como um marco na discussão das políticas públicas de saúde, com a participação da comunidade e de trabalhadores, que teve como eixos prioritários a saúde como direito da população e a reformulação do sistema nacional de saúde. As diretrizes aprovadas na conferência foram bases fundamentais para a criação do SUS, que foi efetivado em 1988, com a promulgação da Constituição da República, com destaque para o artigo 196 (Brasil, 1988, p. 33):

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

O SUS resgata alguns princípios difundidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1948, que remetiam a saúde como um completo estado de bem-estar físico, social e mental, e não somente a ausência de doenças, reforçado a partir de uma concepção ampliada de saúde e da influência de determinantes e condicionantes no processo saúde-doença, como: a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer, o acesso aos bens e serviços essenciais (Brasil, 1990). A partir de então, busca-se superar o modelo reducionista e fragmentado do cuidado, ainda presente atualmente como resquício da permanente construção das políticas públicas no país, e instituir aspectos fundamentados na medicina comunitária e preventiva no Brasil, reforçadas no processo de reestruturação sanitária (Baptista, 2014).

A criação do SUS, regulamentada a partir das Leis Orgânicas da Saúde, Lei nº 8.080 (de 19 de setembro de 1990) e Lei nº 8.142 (de 28 de dezembro de 1990), possibilitou avançar na democratização da saúde, em aspectos sociais e de ampliação dos direitos da população, com destaque para o acesso universal e equitativo ao sistema de saúde, assim como a democratização do Estado, com a descentralização do processo decisório e a participação do controle social e, ainda, a democratização da sociedade, com um conjunto de políticas e práticas de saúde mais abrangentes (Escorel, 2012; Brasil, 1990; Paim, 2008; Paim *et al*., 2011). Nessa perspectiva, o SUS é construído sob a ótica de três princípios doutrinários fundamentais, a *universalidade*, a *integralidade* e a *equidade* – caracteriza-se por organização descentralizada e hierarquizada, com atribuições definidas em cada esfera de governo, incluindo o financiamento; engloba, ainda, atividades preventivas e de assistência à saúde, como também o controle social, tendo a iniciativa filantrópica e particular, uma participação de complemento.

Nessa perspectiva, o SUS constitui, ainda, um processo social em construção, criado a partir de uma reforma do aparelho do Estado propiciadora da formação de cidadania (Mendes, 1996), que é marcado pela propagação de uma nova consciência sanitária, além da fundamentação em princípios democráticos. Destacam-se como desafios atuais do SUS, a transição demográfica e epidemiológica da população brasileira, que vem se modificando ao longo dos anos, com vistas à diminuição dos índices de fecundidade e mortalidade, que resulta em transformações da pirâmide etária, assim como no aumento das doenças crônicas não transmissíveis, que somadas às condições maternas e perinatais representam 75% da carga global de doenças no país, em meio a uma estrutura assistencial organizada para responder aos eventos agudos e de caráter curativo (Ramos, 2003; Paim *et al.*, 2011; Mendes, 2011; Ramos *et al.*, 2016).

Cada vez mais, confirma-se a necessidade do fortalecimento de um sistema de saúde integrado, com integralidade assistencial e que possibilita uma atuação articulada, com o intuito de superar as fragmentações das ações dos serviços de saúde. Busca-se, ainda, a evolução do conceito biomédico do cuidado, que tem uma esfera medicalizante, na qual o olhar está limitado à doença, com uma visão pouco holística do indivíduo. A partir de então surge a necessidade de se considerar, nos processos de cuidado, os valores importantes ligados à atenção à saúde e as formas de viver das pessoas, como cidadania, qualidade de vida, meio social, relações pessoais, intersetorialidade, entre outros (Leite, 2007; De Castro; Quevedo, 2014).

Para a efetivação de um sistema de saúde que considere a complexidade do processo saúde-doença e responda às reais necessidades de saúde da sociedade, faz-se necessário o desenvolvimento de políticas específicas, a partir de uma perspectiva agregadora e integrativa, dentre as quais destacamos a Assistência Farmacêutica, que tem o propósito de reforçar a universalização do acesso e a integralidade das ações de cuidado. Vale, ainda, destacar que a disponibilidade e o acesso aos medicamentos pela população são considerados indicadores importantes de eficácia e equidade dos sistemas de saúde.

ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO CONTEXTO DA SAÚDE PÚBLICA

Até as primeiras décadas do século XX, os medicamentos produzidos no Brasil eram artesanais e o foco da produção industrial estava voltada para os imunobiológicos. Somente a partir da década de 1930, em meio à política nacional desenvolvimentista do governo, houve um fortalecimento das corporações estrangeiras no setor de medicamentos no país. Esse cenário permaneceu até a década de 1960, quando o Estado passou a priorizar outras áreas estratégicas que não estavam relacionadas à indústria de química fina, como a energética, a bélica e de mineração (Jaramillo; Cordeiro; 2014). A segunda metade do século XX foi marcada por transformações importantes na Assistência Farmacêutica, com destaque para o papel do farmacêutico, que passou do tradicional boticário para uma atuação na produção e no desenvolvimento tecnológico, em virtude da industrialização do setor (Saturnino *et al.*, 2012).

Na década de 1960, a oferta de produtos farmacêuticos era mantida pelo comércio farmacêutico e por farmácias que os vendiam a beneficiários do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que retratava, ainda, um acesso limitado a medicamentos no país. Pode-se destacar que a Assistência Farmacêutica, como política pública no Brasil, teve início em 1971, com a instituição da Central de Medicamentos (CEME), que foi considerada uma importante iniciativa voltada para a aquisição e distribuição de medicamentos em meio a um processo de gestão centralizada (Brasil, 1971; Oliveira; Labra; Bermudez, 2006; Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2007). Além da coordenação do planejamento e a distribuição de insumos medicamentosos, tinha também a função de estimular o desenvolvimento científico e tecnológico no campo farmacêutico, por meio dos laboratórios oficiais do governo (Cosendey *et al.*, 2000; Oliveira; Labra; Bermudez, 2006; Portela *et al.*, 2010).

Um marco importante da CEME foi a elaboração da primeira lista padronizada de medicamentos essenciais para o país, criada em 1974, que logo viria a ser uma recomendação da OMS, como forma de assegurar o abastecimento de medicamentos essenciais (Portela *et al.*, 2010). Em 1977, a lista de medicamentos passou a ser denominada Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) (Oliveira; Labra; Bermudez, 2006; Kornis; Braga; Zaire, 2008). O conceito de medicamentos essenciais, introduzido na década de 1970 e atualizado em 2002 (World Health Organization, 2003) é:

> *[...] medicamentos essenciais são aqueles que atendem às necessidades de saúde prioritárias da população. São selecionados de acordo com a sua importância para a saúde pública, a evidência quanto a sua eficácia,*

> *segurança e relação custo-efetividade comparada. De acordo com os sistemas de saúde, os medicamentos essenciais devem estar disponíveis continuamente nas quantidades necessárias, nas formas farmacêuticas adequadas, com garantia da qualidade e informação apropriada, a um preço que os indivíduos e as comunidades possam adquirir.*

Ressalta-se que as listas de medicamentos essenciais são adotadas mundialmente e são importantes instrumentos para planejamento e organização das ações de Assistência Farmacêutica no âmbito do sistema de saúde, e a RENAME é a base para a organização das listas estaduais e municipais em todo país (Figueiredo; Schramm; Pepe, 2014).

Com o SUS em vigência, a década de 1990 foi marcada por estratégias verticais do Ministério da Saúde que geraram incentivos para melhorar o acesso aos medicamentos. Apesar de alguns avanços, a CEME não conseguiu cumprir o seu papel de fortalecimento do setor farmacêutico e de estímulo à produção estatal de insumos. Assim, foi extinta em 1997, em meio a críticas relacionadas com conflitos de interesse associados ao órgão, além de suposta ineficiência e desperdício de recursos (Jaramillo; Cordeiro, 2014). A partir de então, surge uma ampla discussão nacional sobre o papel e as responsabilidades da Assistência Farmacêutica no sistema público, assim como debates sobre o acesso a medicamentos no país, que foram marcantes ao longo dessa década.

O imperativo constitucional da saúde como direito de todos e dever do Estado, alicerçada no princípio da integralidade do SUS, contribuiu para o fortalecimento da Assistência Farmacêutica voltada para a saúde pública e resultou na publicação da Política Nacional de Medicamentos (PNM), por meio da Portaria nº 3.916, de 30 de outubro de 1998 (Brasil, 1998; Organização Panamericana de Saúde, 2005; Portela *et al*., 2010). A PNM é apresentada como parte essencial das políticas de saúde, o que remete à importância da Assistência Farmacêutica pública e a define como um grupo de atividades relacionadas com os produtos farmacêuticos, e que devem apoiar as ações de saúde e demandas da população. Envolve o abastecimento de medicamentos, conforme a RENAME, além de aspectos relacionados com o controle de qualidade, à garantia da segurança e à eficácia terapêutica, a avaliação da utilização e a promoção do uso racional da farmacoterapia (Oliveira; Assis; Barboni, 2010).

A PNM apresenta uma proposta de reorganização da Assistência Farmacêutica no país, de responsabilidade tripartite (federal, estadual e municipal), que deve estar estruturada na descentralização da gestão; no desenvolvimento de ações voltadas para a promoção do uso prudente e seguro de medicamentos; na otimização e eficácia do sistema de distribuição de medicamentos no setor público; e no desenvolvimento de iniciativas que possibilitem a redução nos preços dos produtos, contribuindo para o acesso da população aos produtos farmacêuticos (Brasil, 1998). Além das diretrizes relacionadas com a reorientação da Assistência Farmacêutica e da promoção do uso racional de medicamentos, são também consideradas prioritárias na PNM, a organização das atividades de Vigilância Sanitária de medicamentos (Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2007).

No final da década de 1990, os municípios passaram a gerenciar a aquisição de medicamentos, principalmente aqueles considerados essenciais na atenção básica, conforme diretrizes da descentralização da gestão da Assistência Farmacêutica proposta e reafirmada na PNM. Entretanto, alguns itens específicos, como os medicamentos de programas estratégicos (fármacos utilizados nos programas de assistência a Aids, diabetes, hanseníase, tuberculose e controle de endemias, entre outros) e, também, medicamentos de programas específicos, vinculados aos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDTs) do Ministério da Saúde, continuaram sendo adquiridos pelo governo federal e estadual, como inclusive permanece atualmente.

A década de 1990 é marcada por grandes discussões sobre o acesso a fármacos no país, envolvendo setores da sociedade civil, instituições científicas, Poder Legislativo e técnicos do setor saúde. Vários marcos importantes, além da PNM, merecem ser destacados:

- Lei de Propriedade Industrial, a Lei nº 9.279, de 14 de maio de 1996, chamada comumente de **Lei de Patentes**, que trouxe à tona intensa repercussão quanto ao acesso e preço de produtos farmacêuticos. Espera-se que um sistema de patentes garanta ao público o acesso aos grandes benefícios advindos de inovações. Em uma análise de Bermudez *et al.* (2000), os autores afirmam que os maiores beneficiários foram as empresas transnacionais e que a proteção patentária não trouxe benefícios para o setor produtivo nacional. Em uma obra da organização Médicos sem Fronteiras (Boulet; Garrison; Hoen, 2003, p. 2) argumenta-se que:

> *[...] as patentes não constituem, de forma alguma, a única barreira ao acesso a medicamentos essenciais capazes de salvar vidas, mas podem exercer um papel significativo, ou mesmo determinante, ao concederem ao detentor da patente o monopólio sobre um medicamento por vários anos.*

Os acordos e as leis de patentes tendem a ser cada dia mais importantes. Por isso, é preciso atuar em favor de mudanças nas leis e nos projetos em debate "que ao menos permitam um equilíbrio entre deveres e direitos dos titulares de patentes", segundo Gontijo (2003, p. 26).

- Lei nº 9.787, de 10 de fevereiro de 1999, conhecida como **Lei dos Genéricos**. Estabeleceu um marco na política farmacêutica do país ao dispor providências para diminuição de custos de produtos farmacêuticos, em especial os de segurança e eficácia comprovadas, favorecendo a informação entre os profissionais de saúde e os usuários.

Mesmo que a introdução de produtos farmacêuticos genéricos no mercado não tenha facultado o acesso para aqueles que não podem pagar diretamente pelos produtos, é inegável que a queda dos preços resultou em economia para as famílias que podem adquirir medicamentos.

- **Criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA),** a partir da Lei nº 9.782, de 26 de fevereiro de 1999, autarquia ligada ao Ministério da Saúde, com o propósito de disciplinar os serviços e produtos relacionados com o setor saúde, sendo um órgão de fundamental importância para o país.

É inegável que a Assistência Farmacêutica passou por um processo de valorização e que muitas conquistas efetivaram-se no SUS, principalmente as estratégias de melhoria do acesso aos produtos farmacêuticos, por meio de incentivos financeiros a programas específicos para doenças de maior prevalência, para agravos à saúde de maior risco e para doenças que representam alto custo individual de tratamento. Entretanto, apesar das diretrizes estabelecidas para organização e funcionamento da Assistência Farmacêutica do SUS, as ações dessa área, de uma forma geral, ainda ficavam restritas a processos administrativos logísticos e de abastecimento, em meio a outros desafios significativos iminentes, como a desigualdade de acesso da população aos produtos farmacêuticos considerados essenciais, e a da utilização indevida e indiscriminada de medicamentos pela população (Portela *et al*., 2010; Oliveira; Assis; Barboni, 2010).

Merece destaque, a partir de 2000, o crescente empenho de conselhos municipais, estaduais e nacional de saúde em discutir a política farmacêutica no SUS em razão, particularmente, dos graves problemas de financiamento de produtos farmacêuticos. Vários municípios realizaram, entre 2002 e 2003, as Conferências Municipais de Medicamentos, assim como os Estados realizaram as Conferências Estaduais de Políticas de Medicamentos.

Nesse contexto, em 2003, foi realizada a **I Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica**, que teve como resultado deliberações, a maioria envolvendo questões de acesso; porém, também contemplou propostas que apontam para uma visão íntegra da Assistência Farmacêutica, refletindo o crescente interesse da sociedade, de administradores e de profissionais de saúde pelo tema. Do relatório final (Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica, 2003, p. 13-66) frisem-se alguns tópicos que expressam esse avanço:

> *20. Garantir aos usuários do SUS acesso aos medicamentos, com humanização do atendimento que vise seu uso correto e seguro, de modo a alcançar, com eficiência e eficácia, os objetivos do tratamento prescrito.*
>
> *27. Garantir o acesso da população a medicamentos adequados, na dose e tempo corretos, por meio da racionalização da programação, aquisição, armazenamento, distribuição, prescrição e dispensação, baseando-se em critérios epidemiológicos, definidos nos Planos Municipais e Estaduais de Assistência Farmacêutica, com a apreciação e aprovação anual pelos Conselhos de Saúde.*
>
> *188. Integrar o farmacêutico em programas de educação em saúde junto à comunidade.*
>
> *278. Promover o desenvolvimento do processo de capacitação continuada, por meio da alocação de recursos dos três níveis de governo, do pessoal envolvido nas diferentes atividades de operacionalização da política nacional de medicamentos, com a visão de interdisciplinaridade e intersetorialidade.*
>
> *421. Atuar junto aos órgãos governamentais e ao Congresso Nacional no sentido de garantir que a farmácia esteja integrada ao sistema de atendimento primário de saúde, de acordo com o preconizado pela OMS, pela Resolução 357/01 do Conselho Federal de Farmácia e na qual a AF, seja instrumento para melhorar qualidade de vida da comunidade (Brasil, 2001).*
>
> *423. Considerar as farmácias como estabelecimentos de saúde, integradas ao SUS, sendo concessões públicas, submetidas e aprovadas em plenário nos conselhos de saúde, de propriedade exclusiva de farmacêutico.*

> *451. Garantir que a farmácia esteja integrada ao sistema de saúde, ao nível de atendimento primário, como preconiza a OMS, e de acordo com os preceitos da RDC nº 328/99.*

Frente a todo o movimento de discussão da importância da integração da Assistência Farmacêutica na Política Nacional de Saúde, foi publicada a **Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF)**, por meio da Portaria nº 338, de 06 de maio de 2004, que traz uma abordagem mais abrangente do campo farmacêutico, em consonância com os princípios de universalidade, integralidade e equidade do SUS (BRASIL, 2004; Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2007; Kornis; Braga; Zaire, 2008; Oliveira; Assis; Barboni, 2010).

A Assistência Farmacêutica é assim conceituada na PNAF (Brasil, 2004):

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

A PNAF reforça a necessidade de integração da Assistência Farmacêutica nas ações e nos serviços de saúde, além de ser norteadora para a formulação de políticas setoriais, como a de medicamentos, de ciência e tecnologia, de desenvolvimento industrial e de recursos humanos, com vistas à intersetorialidade nos setores público e privado, assim como o desenvolvimento de ações para o acesso e uso racional de medicamentos (Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2007; Kornis; Braga; Zaire, 2008).

Destacam-se como eixos estratégicos da PNAF (Brasil, 2004):

- Qualificação dos serviços de Assistência Farmacêutica na rede pública e a garantia do acesso e equidade de suas ações.
- Atuação da Assistência Farmacêutica nos diferentes níveis de atenção e a definição das responsabilidades federativas, que devem ser pactuadas e superar a fragmentação de programas desarticulados, a partir da perspectiva da descentralização das ações.
- Necessidade de qualificação dos serviços farmacêuticos, além do desenvolvimento, valorização e capacitação dos recursos humanos necessários para sua execução.
- Modernização e ampliação da capacidade instalada dos Laboratórios Farmacêuticos Oficiais, que devem atender e suprir as necessidades do SUS.
- Utilização e a atualização periódica da RENAME, assim como o desenvolvimento de tecnologias que atendam às necessidades do SUS, a partir de pactuações intersetoriais, contemplando, ainda, o incentivo à utilização de plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos.
- Apoio ao desenvolvimento científico e tecnológico, de forma a atender aos interesses nacionais e às demandas do sistema de saúde.
- Necessidade de construção de uma Política de Vigilância Sanitária, com vistas a garantir o acesso da população a serviços e produtos seguros e eficazes, assim como o estabelecimento de mecanismos para a regulação e o monitoramento do mercado, no que se refere aos produtos estratégicos para a saúde, como os medicamentos.
- Promoção do uso racional de medicamentos, envolvendo ações que contemplem desde a prescrição até o consumo de produtos farmacêuticos.

O âmbito farmacêutico no país não está fundamentado em uma lei única, mas em um conjunto de normativas, portarias e decretos que abordam questões relacionadas com os medicamentos. Apesar da existência de aspectos legais estruturantes no sistema de saúde brasileiro, o grande contingente populacional, as diversas desigualdades regionais e as fragilidades de gestão refletem a complexidade da atuação de um sistema resolutivo e que responda às demandas da população, inclusive na área farmacêutica (Organização Pan-Americana da Saúde, 2005).

Os serviços farmacêuticos, em sua plenitude, ainda não se encontram inseridos, em sua totalidade, no planejamento das ações de saúde de municípios e estados. As estruturas de organização somente conseguem dar conta, na maioria das vezes, e com alguns transtornos, das tarefas logísticas de adquirir e distribuir medicamentos. É importante que se faça uma reflexão de como se poderia incorporar decisivamente a Assistência Farmacêutica como parte integrante do sistema de saúde, para se tornar uma das vertentes do bem-estar social.

Apesar de alguns avanços significativos ao longo das últimas décadas, destacam-se, ainda, fragilidades

da Assistência Farmacêutica como política pública no país, podem-se elencar: a baixa disponibilidade e alta descontinuidade de medicamentos essenciais na atenção básica; a entrega de medicamentos realizada por profissionais sem qualificação; a falta de intervenções educativas diretas com a população para a promoção do uso prudente de medicamentos; as condições inadequadas de armazenamento de medicamentos nos serviços de saúde; a alta dependência tecnológica internacional; um número considerável de prescrições na rede pública de medicamentos que não pertencem à RENAME, o que compromete o acesso dos usuários à farmacoterapia; além da incipiência do entendimento dos gestores do SUS do papel das políticas farmacêuticas no sistema de saúde (Oliveira; Assis; Barboni, 2010).

Embora os serviços não possam prescindir de utilizar medicamentos como um dos instrumentos necessários às intervenções de saúde, eles estão, de regra, longe de apresentar estruturas adequadas de funcionamento que permitam o aperfeiçoamento do emprego desse recurso terapêutico. Os incentivos financeiros federais remetidos aos estados e municípios, sem dúvida são de grande importância para a manutenção das ações, especialmente nos municípios carentes, porém têm sido ao longo desses anos exclusivamente para a distribuição de medicamentos, em uma lógica de provimento com pouco alcance e impacto aos incentivos e à organização de serviços (Ministério da Saúde, 2018 e 2019; Bermudez; Costa; Noronha, 2020).

Observa-se, assim, a necessidade de repensar o posicionamento da Assistência Farmacêutica nos serviços de saúde, com foco na discussão ampliada do acesso, na aproximação com a população e conhecimento das suas necessidades, na visão estratégica dos gestores e na oferta de serviços clínicos, integrados às demais áreas e profissionais, voltados para o alcance de melhores resultados relacionados com a farmacoterapia. Nesse contexto, as políticas farmacêuticas têm um papel significativo na organização dos sistemas de saúde, pois devem atuar de forma transversal entre os serviços e consolidar vínculos com a população, tendo, assim, a missão de fortalecer os princípios da universalização e da integralidade, além do potencial de se consolidar como política pública fundamental para a melhoria da vida das pessoas.

PAPEL SOCIAL DOS MEDICAMENTOS

A saúde é um processo amplo e abstruso, que é constituída por uma pluralidade de necessidades e transformações. Destaca-se a variabilidade dos casos, a complexidade do processo de cuidado e as características singulares dos indivíduos, que dificultam a aplicação estrita de procedimentos operacionais padronizados, construídos com base na racionalidade tecnológica (Campos, 2011). Dessa forma, confirma-se a necessidade de uma amplitude assistencial, que possibilita uma atuação sistêmica, integrada e com base na melhor utilização possível dos recursos disponíveis.

Nessa perspectiva, o medicamento tem se destacado como um insumo terapêutico essencial no cuidado da saúde da população e ocupado um lugar hegemônico na sociedade atual. Pode-se considerar que, quando utilizado de forma prudente, o medicamento é um dos recursos de melhor custo-efetividade, já quando utilizado de forma inadequada, vem a ser um problema de saúde pública mundial (Nicoline; Vieira, 2011).

As forças econômicas surgidas na Revolução Industrial e revigoradas nas últimas décadas reforçam o senso comum, para a sociedade, de que quase tudo pode ser reduzido à condição de mercadoria, até mesmo medicamentos, inclusive com obediência às leis de mercado. Desde a época da Segunda Guerra Mundial, com a produção industrial de fármacos em larga escala e a difusão sem limites da sociedade capitalista de consumo, aprofunda-se a distância entre a significação de saúde e de doença, e o produto farmacêutico passa a ser o meio quase imediato de se alcançar o bem-estar ou de se superar os problemas sanitários da sociedade moderna.

Assim, consolida-se o papel do fármaco como bem de consumo e esquece-se de sua finalidade de ser bem social. A Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos, (2001, p. 56) retrata uma realidade que ainda é preponderante atualmente:

> *[...] as consequências e o papel dominante que os medicamentos adquiriram na sociedade e especialmente nos sistemas de saúde, abrangem necessariamente aspectos ideológicos. O medicamento é elemento que está em relação com a natureza dos sistemas de saúde e muitas vezes contribui para a sobrevivência deles. O sistema de saúde se mantém com o medicamento e este subsiste, se reproduz e se amplia graças a ele. Isto se observa de modo particular nos sistemas de saúde essencialmente curativos. O medicamento como parte do complexo médico-industrial influi na percepção da saúde e da doença, tanto nos profissionais de saúde quanto na sociedade. O medicamento não se apresenta sozinho – como substância química – mas está*

> *acompanhado por um cortejo de publicidade, informação, brindes, estudos etc., que vai configurando uma forma de pensar.*

A promoção comercial inadequada de produtos farmacêuticos e a compreensão do seu papel na sociedade como bem de consumo tem influído negativamente nos hábitos de prescrição, dispensação e uso, o que tem sido objeto de atenção da OMS há algumas décadas. Como assinala Lugones (1999, p. 211):

> *[...] observadores sanitários e especialistas de distintas regiões afirmam que a promoção não ética de medicamentos é um problema grave na maior parte do mundo, principalmente nos países em vias de desenvolvimento, gerando o seu mal uso e produzindo hiperprescrição, autotratamento e/ou abuso.*

O consumo de medicamentos de forma indiscriminada tem sido cada vez maior na sociedade atual nos diversos grupos etários. A medicalização excessiva é uma realidade e vários fatores têm contribuído para isso, como: a ideia da pílula salvadora, ou seja, da banalização da utilização de medicamentos sem critérios e de forma indiscriminada; o consumo de medicamentos sem prescrição (automedicação) e sem orientação profissional, uma prática frequente independentemente do contexto socioeconômico e cultural dos indivíduos; e a construção de um vínculo do serviço farmacêutico com o usuário relacionado com o modelo curativista, em que a farmácia tem apenas uma função restritiva voltada para os produtos em detrimento do foco nas pessoas (Loyola Filho *et al*., 2005; Rozenfeld, 2008; Araújo *et al*., 2008).

São numerosas as evidências que descrevem os problemas sanitários em razão da utilização inadequada de fármacos. A ideia de que mais de 60% dos tratamentos podem ser inúteis ou perigosos, em uma época em que há renda restrita na maior parte da população e de limites dos orçamentos públicos, é uma preocupação das mais alarmantes. A OMS, ainda no início do século, já alertava que a morbidade e a mortalidade causadas por produtos farmacêuticos estavam entre os principais problemas de saúde, situação que se tornou crônica na sociedade (World Health Organization, 2002).

No Brasil, vários estudos indicam que problemas relacionados com a prescrição e com o uso de medicamentos têm sido causas importantes e frequentes de agravos à saúde da população, e estão associadas, principalmente, a cumprimento inadequado do tratamento medicamentoso, reações adversas, intoxicações, automedicação, insucesso terapêutico e erros de medicação (Andreazza *et al.*, 2011; Noblat *et al.*, 2011; Reis; Cassiani, 2011; Varallo *et al.*, 2011; Lieber; Ribeiro, 2012; Mota *et al.*, 2012).

A globalidade das economias faz aumentar o abismo social e o crescimento das desigualdades, afetando diretamente a saúde. Nesse aspecto, a questão da submissão das políticas sociais aos interesses econômicos traz um dos mais importantes conflitos e, especialmente nos países em desenvolvimento como o Brasil, há graves problemas no acesso e no uso de medicamentos. Grandes esforços têm sido feitos no âmbito mundial para garantir o acesso aos medicamentos essenciais e garantir a ampliação e a consolidação das políticas farmacêuticas nacionais.

A produção e o consumo de medicamentos têm crescido a cada ano, vindo, assim, a expor iniquidades no acesso e desperdício de recursos, além da ascendência dos índices de problemas relacionados com os medicamentos, que são de caráter multidimensional, com destaque para os erros de prescrição e a não adesão à farmacoterapia, o que tem gerado gastos desnecessários e consequências sanitárias, econômicas e sociais importantes para os sistemas de saúde (Wiedenmayer *et al*., 2006; Organización Panamericana de la Salud, 2013; Ministério da Saúde, 2014).

Os gastos para a aquisição de medicamentos no SUS são bastante significativos. Conforme apresentado por Vieira e Zucchi (2013), a partir de uma análise de determinado período, apontam para uma estimativa ascendente. Porém, vale destacar que o investimento é parte integrante do processo, já que outras etapas também são fundamentais, como a estruturação da cadeia logística, a qualificação dos profissionais, a organização e o planejamento da distribuição dos insumos farmacêuticos à população, contemplando a equitatividade do acesso e a conscientização do uso seguro de medicamentos.

É interessante salientar que coexiste no Brasil duas realidades distintas: enquanto uma parcela significativa da população tem dificuldade de acesso aos medicamentos, por outro lado, tem ocorrido uma utilização abusiva e irracional pelas classes populacionais que têm disponibilidade dos produtos farmacêuticos (Vinholes; Alano; Galato, 2009). A partir de então, pode-se inferir que a disponibilidade do produto, por si só, não é suficiente e nem capaz de promover melhoras na saúde das pessoas.

Reforça-se, assim, a necessidade de aplicar na prática a definição de uso racional de medicamentos,

elaborada pela OMS, como sendo a condição em que o paciente recebe o medicamento apropriado à sua necessidade clínica, na dose e posologia corretas, por um período adequado e ao menor custo para si e para a comunidade (Vinholes; Alano; Galato, 2009). É importante, ainda, considerar aspectos associados à prescrição, dispensação e utilização de produtos farmacêuticos a partir do indivíduo, ou seja, toda uma cadeia de etapas que precisam estar em consonância umas com as outras, para propiciar o tratamento farmacoterapêutico adequado e a utilização segura dos medicamentos.

Os medicamentos necessitam ser vistos como uma alternativa terapêutica potente, mas não a única, de enfrentamento das afecções e agravos em saúde (Bortolon; Karnikowski; Assis, 2007; Velásquez, 1999). O restabelecimento da saúde envolve fatores multidimensionais, como resultado de aspectos biológicos, sociais, culturais e psicológicos, que influenciam no binômio saúde-doença. Assim, vale salientar que o medicamento não é apenas simbólico ou coadjuvante em alguns casos, mas também não vem a ser a única alternativa absoluta e efetiva.

Os sistemas de saúde consomem quase a totalidade dos recursos financeiros consignados, sem que isso garanta a resolução ou repercussão positiva na melhora da qualidade de vida das populações. Isso decorre, particularmente, da falta da incorporação de Assistência Farmacêutica íntegra na organização e operação da assistência à saúde. Faz-se obrigatório o desenvolvimento de atividades e ações no sentido de melhorar o acesso das populações usuárias do SUS aos fármacos indispensáveis, com utilização racional em todas as escalas de assistência.

Dessa forma, os medicamentos passam a estar no foco não somente dos usuários e profissionais, mas também dos gestores, pois a sua sustentabilidade está vinculada a custos elevados, prescrições irracionais, desperdícios e dados importantes de morbidade e mortalidade. A qualidade na atenção à saúde pode ser entendida pelo grau de eficiência profissional na utilização dos recursos, assim como pelo grau de exposição dos usuários a riscos e pela satisfação das pessoas (Araújo *et al*., 2008; Provin *et al*., 2010). Assim, saber utilizar bem os recursos terapêuticos disponíveis, inclusive os farmacológicos, vem a ser um dos principais desafios para o alcance do sucesso da terapêutica.

A superação do entendimento do medicamento como bem de consumo ou mercadoria é fundamental para compreender o seu uso na perspectiva dos indivíduos, e não do produto em si. A classificação dos medicamentos como bem social, reafirma a lógica ampliada do cuidado, em que a qualidade de vida, o bem-estar das pessoas e da coletividade superam os interesses econômicos e mercadológicos. Entender o medicamento como bem social é fundamental para fazer valer o princípio constitucional, de que todo cidadão tem o direito à execução de ações de assistência terapêutica, inclusive farmacêutica, atendendo à integralidade das necessidades e demandas de saúde das pessoas.

Deve-se investir, portanto, para a mudança da situação atual por meio da construção de políticas farmacêuticas desenvolvidas de forma descentralizada, com ações e atividades que promovam o acesso e uso racional dos produtos farmacêuticos, articulados em todos os tipos de assistência, a fim de atender aos interesses sanitários da sociedade.

RESSIGNIFICAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA E DA ATUAÇÃO DO FARMACÊUTICO

Diante da realidade contemporânea do papel do medicamento na sociedade, associado aos elevados índices de morbimortalidade relacionados com o uso indevido de fármacos, tendo em vista, ainda, a necessidade de responder a demandas e necessidades de saúde da população e alcançar melhores resultados com a farmacoterapia, acentua-se uma necessidade social de reposicionamento da Assistência Farmacêutica no sistema de saúde. Isso instiga à ressignificação da atuação do farmacêutico na sociedade.

A visão ampliada da Assistência Farmacêutica nos remete a um conjunto de atividades relacionadas com medicamentos, que envolvem atividades logísticas, que vão desde a seleção até a distribuição dos medicamentos, assim como atividades assistenciais voltadas para a parte clínica e a vigilância do uso dos produtos farmacêuticos, além das atividades técnico-pedagógicas voltadas para a promoção do uso racional de medicamentos aos usuários e profissionais (Ministério da Saúde, 2014; Ramos, 2003).

É recorrente a discussão entre governos e gestores sobre o abastecimento de medicamentos e as estratégias para o seu financiamento, mas desconhecem frequentemente que eles constituem somente um instrumento da prestação de serviço, sem preocupar-se, muitas vezes, com a estrutura e a organização dos serviços farmacêuticos ofertados. O trabalho da Assistência Farmacêutica deve,

definitivamente, ter seu foco de atenção não adstrito ao fármaco como finalidade em si mesma, e sim para o benefício do usuário.

Assim, transparece o entendimento de que a necessidade da organização apropriada dos serviços farmacêuticos não tem sido objeto de maior interesse, embora sejam indicadores da qualidade de assistência à saúde e o gasto com produtos farmacêuticos tenha influência nos custos totais da assistência médica e sanitária. O desenvolvimento de crítica nessa área é decisivo, tanto pela urgência de mudanças requeridas pelo injusto, desigual e mesmo danoso consumo de medicamentos, realidade aqui exposta, quanto pela pressão na aplicação de modelos consumistas e desagregados de saúde.

A Assistência Farmacêutica tem relação direta com a assistência à saúde e precisa ser entendida de forma integral, não apenas focada no âmbito logístico administrativo (Marin Jamarillo, 2002). Sobre a complexidade representada pelas terapêuticas farmacológicas e a necessidade de aprimoramento da prática farmacêutica, existe ampla discussão por estudiosos e instituições que se debruçam sobre o tema. Nessa ótica, Witzel (2002) reforça:

> *[...] uma necessidade do sistema de assistência à saúde que surgiu em função da presença de múltiplos prescritores de medicamentos para um mesmo paciente, da explosão de produtos farmacêuticos e de informação farmacológica atualmente existente no mercado, da maior complexidade do tratamento farmacológico, do elevado grau de morbidade e mortalidade relacionadas com os medicamentos e do alto custo humano e econômico derivados dos problemas relacionados com o uso de medicamentos. Os indivíduos que requerem tratamento farmacológico precisam estar seguros de que recebem o tratamento apropriado, efetivo e o mais seguro possível [...] esta fragmentação da responsabilidade, junto com uma gama cada vez maior de medicamentos novos e mais complexos que, em grande parte, é responsável pelos problemas com os medicamentos [...]. A magnitude destes problemas exige que haja um profissional concreto que se incumba da tarefa de corrigi-los de forma aberta e global.*

A evolução da forma de atuação do farmacêutico inserido em um sistema de saúde complexo passa, então, a se configurar em um contexto social que visa à melhoria do estado de saúde da população, a partir do desenvolvimento de ações comunitárias e com foco sanitarista, principalmente no que diz respeito à atenção e à saúde pública. Dentre as ações voltadas para a comunidade, destacam-se: o acompanhamento e a educação em saúde, a avaliação dos fatores de risco, a promoção da saúde, a prevenção e a vigilância das doenças (James; Rovers, 2003). Nesse contexto, o farmacêutico passa a assumir uma função social importante, responsabilizando-se pela melhoria da qualidade de vida das pessoas, de forma integrada à equipe de saúde, por meio da oferta de serviços clínicos e ações de promoção do uso racional de medicamentos.

Alguns domínios de atuação do farmacêutico surgem a partir da aproximação desse profissional com a comunidade e a reafirmação do seu papel voltado para o cuidado e a coletividade. Destaca-se a necessidade de reorientação das práticas terapêuticas centralizadas nos medicamentos, que necessitam ser redirecionadas para atingir a integralidade do indivíduo, de forma a construir uma assistência voltada para o bem-estar completo do mesmo. De forma complementar, o desenvolvimento de habilidades voltadas para a comunidade reforça o caráter sanitarista do farmacêutico, que precisa identificar as necessidades dos territórios, quanto às informações e às orientações em saúde, para o direcionamento das suas ações e o desenvolvimento de abordagens coletivas e integradas. Na mesma perspectiva, o farmacêutico deve favorecer a postura ativa dos usuários nas ações e serviços de saúde, a partir das ações comunitárias, de desenvolvimento sustentável, de consciência política e com estímulo a práticas saudáveis de vida (Leite, 2007; Vieira, 2007).

Oliveira e Varela (2008) reforçam a importância de incorporar as Ciências Sociais e Humanísticas na formação do farmacêutico, com vistas a superar o caráter ainda muito tecnicista inerente à profissão. As atribuições clínicas, que estão relacionadas com o cuidado em saúde, remetem ao sentido de responsabilidade social do farmacêutico, de forma que esse profissional passe a redefinir a sua prática a partir das necessidades da sociedade.

Witzel (2002) destaca alguns elementos que reforçam o farmacêutico com um profissional essencial à práxis do cuidado e integrante da cadeia assistencial, juntamente com outros membros da equipe de saúde: tem formação especialista em fármacos, é um profissional acessível à população, relaciona-se direta e continuamente com elevado número de pessoas, é muito procurado para dar aconselhamento, pode ser facilmente ouvido e compreendido nas instruções que transmite, além de ser o último profissional em contato com o paciente antes que ele decida iniciar ou não um tratamento farmacológico. Além disso, pelo contato no decorrer de um acompanhamento farmacoterapêutico, o farmacêutico pode obter

informações que possibilitam suspeitar de interações farmacológicas, de doenças intercorrentes e suas complicações (podendo contribuir para um encaminhamento precoce a outros profissionais), além da avaliação de adesão à terapêutica.

Na história do uso de fármacos na sociedade de consumo perde-se a essência do trabalho do farmacêutico, sua ciência e sua arte, convertendo-o em simples intercessor entre o produto e o doente. Há um papel social a ser recuperado e recriado. As correntes farmacêuticas internacionais mostram a necessidade de envolvimento completo do farmacêutico com a atenção primária à saúde, como forma de ajudar a resolver boa parte dos problemas sanitários, além da ação direta do farmacêutico na prevenção de agravos à saúde e na promoção do bem-estar das pessoas. Nesse sentido, ocorreram iniciativas da OMS ao realizar reuniões em Nova Délhi, em 1988, e depois em Tóquio em 1993, para discutir o papel do farmacêutico no Sistema de Atenção à Saúde, o que demonstra a relevância do tema (Organización Panamericana de la Salud, 1993).

A aproximação do farmacêutico com as linhas de cuidado do paciente, de forma a assumir um papel clínico, em todos os níveis assistenciais, principalmente na atenção primária, e a necessidade de maior e melhor informação sobre fármacos à população é uma mudança impostergável, improrrogável para a qualidade de assistência à saúde. É fundamental a oferta de serviços farmacêuticos humanizados e especializados no acompanhamento de resultados advindos de intervenções farmacológicas, que englobam o âmbito individual e coletivo, e busquem prevenir e resolver problemas relacionados com a farmacoterapia (Witzel, 2002). No Quadro 1.1 são apresentados fatores que influenciam a prestação de assistência sanitária, o uso racional dos medicamentos e o desenvolvimento das práticas de cuidado providas pelo farmacêutico e que devem ser considerados nos processos de cuidado.

A atuação do farmacêutico no desenvolvimento de processos clínicos assistenciais busca propiciar o máximo de benefícios com o uso de insumos medicamentosos e o mínimo de riscos possíveis, sempre com o foco na qualidade de vida das pessoas. Dessa forma, o farmacêutico não deve se restringir a realizar um procedimento assistencial, mas envolve outras dimensões, como a relacional, a comunicativa, a comportamental, que propiciam a criação do vínculo e a obtenção de resultados concretos em saúde (American College of Clinical Pharmacy, 2008; Hepler; Strand, 1990).

Vale destacar a importância da interação do farmacêutico com a equipe de saúde. Em meio a uma rede de envolvimento do cuidado, vários atores estão inseridos nos processos clínicos, na prática e na responsabilidade das ações, o que envolve tanto o usuário quanto outros profissionais. Como descreve Dupotey Varela *et al.* (2011), a habilidade de melhorar a comunicação interprofissional do farmacêutico está entre as principais necessidades a serem desenvolvidas para a efetivação do reconhecimento do farmacêutico integrado à equipe multiprofissional. Nesse aspecto, o farmacêutico necessita se inserir na ambiência do trabalho coletivo e conjunto, superando, assim, a atuação muitas vezes segregada e limitada às dimensões físicas da farmácia, o que é um ponto importante de ressignificação da prática. Diversas são as alternativas de desenvolvimento de um trabalho integrado entre o farmacêutico e outros membros da equipe de saúde, como: consultas compartilhadas, grupos educativos, visitas domiciliares, educações continuadas e discussões de casos clínicos.

É emergente a necessidade de redesenho do cuidado nos sistemas de saúde, com o fortalecimento da equipe multidisciplinar e da utilização de tecnologias eficientes e resolutivas, com destaque para o papel da farmácia comunitária, muitas vezes ainda subutilizada na rede assistencial (Benrimoj *et al.,* 2010). Todo esse processo se justifica frente à crescente complexidade da terapia medicamentosa e do paciente, como situações de polifarmacoterapia e multimorbidades, que aumentam o risco da ocorrência de problemas relacionados com os medicamentos, como eventos adversos e erros de medicação (Ramos *et al.*, 2016; Messerli *et al.*, 2016). Assim, a crescente morbimortalidade relativa às doenças e à farmacoterapia repercute nos sistemas de saúde e exige um novo posicionamento da Assistência Farmacêutica, que deve estar mais próxima das comunidades e ser corresponsável pelos processos de cuidado.

Salienta-se que o cuidado vai além da aproximação física ou da compreensão superficial do outro, mas envolve, também, o conhecimento de aspectos de vida que contribuem para a melhor resolutividade da farmacoterapia e das intervenções em saúde (Rovers; Currie, 2010). A aproximação com os usuários e a equipe de saúde materializam-se nos atendimentos clínicos e discussões de caso, que remetem à elaboração de pareceres farmacêuticos, elaboração de planos de cuidado compartilhados, registro das evoluções farmacêuticas, entre outras ações.

Quadro 1.1 Fatores que influenciam a prestação de assistência sanitária, o uso racional dos medicamentos e as práticas de cuidado providas pelo farmacêutico

Fatores demográficos
• Populações idosas
• Populações pediátricas vulneráveis
• Aumentos da população
• Mudanças nas características epidemiológicas
• Distribuição geográfica das populações
Fatores econômicos
• Aumento dos custos da assistência sanitária
• Economia nacional e mundial
• Desigualdade crescente entre ricos e pobres
Fatores tecnológicos
• Desenvolvimento de novos medicamentos
• Técnicas novas de difusão da informação e novos dados sobre os medicamentos existentes
• Medicamentos mais potentes e de mecanismos de ação mais complexos
• Biotecnologia
Fatores sociológicos
• Expectativas e participação dos consumidores
• Abuso e uso incorreto dos medicamentos
• Utilização da medicina tradicional
Fatores políticos
• Prioridades no emprego dos recursos nacionais (consignação para a saúde)
• Mudanças na política econômica
• Critério das instâncias normativas na área de Farmácia
• Regulamentação farmacêutica
• Políticas farmacêuticas nacionais e listas de medicamentos essenciais
Fatores profissionais
• Variações no ensino e na formação oferecidas aos farmacêuticos
• Distribuição do pessoal de farmácia
• Critérios diferentes em relação à atenção ao paciente dispensada na farmácia
• Remuneração dos farmacêuticos
Fatores de prestação de assistência sanitária
• Acesso à assistência sanitária
• Aumento do tratamento das enfermidades graves fora dos hospitais

Fonte: El papel del farmacéutico en el sistema de atención a la salud (Organización Panamericana de la Salud, 1993).

A ressignificação da Assistência Farmacêutica perpassa, assim, reconfigurar o papel social do farmacêutico, incorporando novas práticas e responsabilidades ainda não consolidadas no dia a dia dos serviços, com vistas a uma efetivação do processo clínico assistencial. Assim, além da importante atuação na pesquisa e na produção de medicamentos, nos serviços gerenciais e de logística, destaca-se a atuação do farmacêutico no contato direto com os usuários do sistema, visando à farmacoterapia efetiva e à produção do cuidado em saúde.

A efetivação da atuação do farmacêutico no cuidado ainda está vinculada à superação do entendimento da Assistência Farmacêutica como uma

área de gestão burocrática, ao empoderamento da gestão da clínica e ao desenvolvimento de habilidades voltadas para a comunicação com o paciente e a equipe, assim como a incorporação de competências que possibilitem ao farmacêutico responder efetivamente às demandas sociais de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A mudança da práxis sanitária é fundamental em meio a um sistema de saúde dicotômico e diante das representações e dos valores associados ao campo da saúde em que a sociedade está emergida. O binômio saúde-doença envolve um contexto multidimensional, resultado de fatores biológicos, sociais, culturais, psicológicos, que estão inseridos no contexto de vida das pessoas e que devem ser considerados nas políticas públicas. A dinâmica do trabalho multiprofissional torna-se essencial na rotina dos serviços de saúde, assim como a incorporação de valores fundamentais no processo de cuidado, como cidadania, meio social, intersetorialidade, entre outros.

A partir de então, busca-se romper com a centralidade do cuidado unilateral, biomédico, voltado para as doenças e a medicalização. As alternativas terapêuticas necessitam ser mais bem aplicadas e associadas a um cuidado ampliado e integrado, com vistas a atender às expectativas e às demandas da sociedade. Nessa lógica, o medicamento é uma tecnologia de saúde importante e pode contribuir de forma significativa para a melhoria da qualidade de vida da população. Entretanto, necessita ser entendido em um contexto em que a enfermidade não é vista apenas pelo fator patológico, mas envolve toda uma abrangência biopsicossocial.

Nessa perspectiva, a Assistência Farmacêutica tem sofrido variações na sua forma de atuação e contribuição no contexto de saúde, requerendo, inclusive um novo posicionamento como política pública de dimensão social. Carece, assim, de uma reconstrução, pela sua importância na assistência à saúde, fundada em novos alicerces, em que o principal será a ressignificação do seu papel nas ações e nos serviços de saúde, de forma a superar a conotação exclusiva de apoio e suprimentos da rede de atenção, envolvendo a corresponsabilização no cuidado com as pessoas. Ressalta-se que toda a reconfiguração deve partir, principalmente, da apropriação pelo farmacêutico de sua responsabilidade como agente catalisador desse processo. A transformação dar-se-á à medida que o farmacêutico for capaz de impulsioná-la.

Nesse sentido, é importante que a formação do farmacêutico seja voltada às necessidades sanitárias da sociedade. Tem ocorrido uma expansão das atribuições profissionais do farmacêutico, que passou a prover a garantia dos cuidados relacionados com os medicamentos, com o propósito de atingir resultados definitivos que melhorem a qualidade de vida dos pacientes nos diversos níveis de atenção à saúde. É relevante destacar que a falta de informação sobre os medicamentos é considerada como uma das vertentes mais significativas e de maior impacto, em termos mundiais, sobre as razões pelas quais os indivíduos não cumprem adequadamente seus tratamentos. Dessa forma, a orientação quanto à farmacoterapia e à segurança no uso de medicamentos vem a ser uma necessidade crescente nos sistemas de saúde.

Em meio ao grave problema de uso indiscriminado de medicamentos e das suas consequências sobre o sistema de saúde, torna-se fundamental, também, compreender o medicamento como um bem social, apesar de todas as vertentes que tendem a considerá-lo, errônea e desastrosamente, como um bem de consumo. A questão dos fármacos deverá, com ênfase, ser introduzida, também, nos currículos dos demais profissionais da saúde, assim como nas ações assistenciais e de educação em saúde com os indivíduos, famílias e comunidades.

Incorporar os conteúdos da Assistência Farmacêutica nos instrumentos de planejamento empregados pelo SUS é um passo para a sua apropriação como política de saúde e deve ser realizado sem que se fixe tão somente em diretriz, isto é, que não se reduza à incorporação, pela burocracia, como mais uma tarefa a ser cumprida, existente apenas no papel. Que seja um exercício para propiciar uma ampla discussão em todas as instâncias, para a realização da Assistência Farmacêutica integral e articulada com as demais áreas!

A lógica do modelo deverá ser, certamente, a da assistência primária como resolução na base do sistema, que deve estar alicerçada por uma Assistência Farmacêutica articulada, humanista e que agrega valor, para além dos recursos farmacológicos, no sistema de saúde. O cumprimento dos princípios doutrinários do SUS, universalidade, equidade e integralidade, faz-se necessário nas políticas farmacêuticas, com enfrentamento da forma inadequada de como tem sido conduzido e disseminado o uso de medicamentos na sociedade.

Da mesma forma que Iyda (1998, apud Figueiredo; Brito; Botazzo, 2003) refere-se à odontologia, pode-se fazer analogia à Assistência Farmacêutica e

ao fármaco, afirmando que será necessário tratá-los como política, perceber que se caracterizam como fenômeno social (econômico, ideológico e político), que se refletem em relações, processos e estruturas nem sempre visíveis, mas que devem ser reveladas. Somente assim, essa realidade pode ser captada na totalidade para que se busque a resolução de suas contradições.

Segundo Paim, Almeida Filho (2000, apud Figueiredo; Brito; Botazzo, 2003):

> *[...] uma das formas de enfrentar os desafios da saúde com equidade será construir sujeitos sociais comprometidos com novas utopias, estabelecendo canais de comunicação com outros sujeitos sociais que passem da condição de usuários passivos ou destinatários de serviços públicos e de políticas de saúde para um degrau de parceiros e cidadãos [...] é fundamental que se crie um ambiente de diálogo, fomentando debates não só sobre o contexto presente, mas sobre a responsabilidade do Estado, da ciência e de cada cidadão.*

Enfim, o SUS permitiu ao Brasil avançar em alguns aspectos sociais transformadores e de ampliação dos direitos da população, principalmente no que tange à democratização da saúde. Entretanto, constitui um sistema de saúde ainda em construção, está longe de ser uma obra acabada. Da mesma forma, as políticas públicas de saúde, como as políticas farmacêuticas, em meio a várias transformações e perspectivas, estão em constante reorientação e reafirmação, com vistas a cumprir de fato o seu papel social de responder adequadamente aos anseios e às demandas da sociedade.

ATIVIDADES EDUCATIVAS PROPOSTAS

1. No contexto da Assistência Farmacêutica como política pública de saúde, assinale a alternativa **correta**:
   a. O acesso universal e gratuito a serviços públicos de saúde e a medicamentos essenciais não estão contemplados nas legislações do SUS.
   b. Representa atividade de grande impacto financeiro no âmbito do SUS, em razão da crescente demanda por medicamentos.
   c. Tem caráter sistêmico, organização tripartite, e toda a responsabilidade da sua execução é do governo federal.
   d. Está fundamentada em uma lei única e já está bem consolidada no país.
   e. Está voltada exclusivamente para processos administrativos, logísticos e de abastecimento de medicamentos.
2. Assinale a alternativa que apresenta uma fragilidade da Assistência Farmacêutica como política pública no país:
   a. Baixa dependência tecnológica internacional.
   b. Falta de uma relação padronizada de medicamentos essenciais no país.
   c. Alta disponibilidade e baixa descontinuidade de medicamentos na Atenção Básica.
   d. Ausência de políticas farmacêuticas no país.
   e. Dificuldade no entendimento do papel social das políticas farmacêuticas no sistema de saúde.
3. Assinale a alternativa que apresenta marcos importantes para a Assistência Farmacêutica no país na década de 1990:
   a. Criação da CEME e publicação da primeira lista padronizada de medicamentos essenciais no país.
   b. Publicação da Política Nacional de Assistência Farmacêutica e fortalecimento do papel da CEME no país.
   c. Publicação da lei de Patentes, da Política Nacional de Medicamentos e da Lei dos Medicamentos Genéricos.

d. Realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde e criação do SUS.
e. Criação da Anvisa e realização da I Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica.

4. As alternativas a seguir estão relacionadas com as deliberações aprovadas na I Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica. Assinale a alternativa **correta**:
   a. As farmácias são consideradas como estabelecimentos comerciais e não como estabelecimentos de saúde integrados ao SUS.
   b. Os Planos Municipais e Estaduais de Assistência Farmacêutica não são citados, assim como a importância da garantia do acesso a medicamentos adequados, na dose e no tempo corretos.
   c. A capacitação continuada dos profissionais envolvidos na operacionalização das atividades da Assistência Farmacêutica não é considerada, omitindo, assim, a importância da qualificação das equipes que atuam nas farmácias.
   d. Propõe a garantia do acesso a medicamentos com humanização e integração das farmácias no sistema de saúde, além do entendimento de que a Assistência Farmacêutica deve ser um instrumento para a melhoria da qualidade de vida das pessoas.
   e. Considera o farmacêutico atuando em atividades logísticas e não entende o seu papel na realização de atividades educativas junto às comunidades e na promoção de ações de uso racional de medicamentos.
5. São princípios do SUS que são fundamentais para a organização da Assistência Farmacêutica como política pública de saúde:
   a. Universalidade, igualdade e centralização.
   b. Igualdade, multidisciplinaridade e hierarquização.
   c. Descentralização, equidade e universalidade.
   d. Intersetorialidade, descentralização e igualdade.
   e. Equidade, integralidade e centralização.
6. Assinale a alternativa que contempla um fator que contribui para o consumo indiscriminado de medicamentos e a medicalização da sociedade:
   a. A ausência de um órgão responsável pela regulação sanitária de medicamentos no país.
   b. O índice considerável de medicamentos utilizados sem prescrição ou orientação profissional.
   c. O entendimento já bem consolidado pela população de que o medicamento é um bem social e não bem de consumo.
   d. O baixo índice de morbimortalidade associada ao uso de medicamentos pela população.
   e. A inexistência de intoxicações e reações adversas associadas aos medicamentos.
7. Com relação aos fatores que influenciam na prestação da assistência sanitária, no uso racional dos medicamentos e no desenvolvimento das práticas de cuidado providas pelo farmacêutico, assinale a alternativa **correta**:
   a. Os fatores sociológicos consideram o abuso e uso incorreto de medicamentos e a utilização da medicina tradicional.
   b. Os fatores demográficos estão relacionados com a manutenção das características etárias e epidemiológicas da população ao longo dos anos.
   c. Os fatores econômicos englobam a diminuição dos custos relacionados com a assistência sanitária e à diminuição das desigualdades sociais.
   d. Os fatores profissionais envolvem o acesso à assistência sanitária e a regulamentação farmacêutica.
   e. Os fatores políticos contemplam o desenvolvimento de novos medicamentos e a biotecnologia.

continua

continuação

8. A reconfiguração do papel social do farmacêutico voltado para os processos clínico assistenciais está relacionada com:
   a. A integralidade do indivíduo, com foco no bem-estar e na qualidade de vida das pessoas.
   b. A identificação e ao tratamento das afecções e doenças com ênfase na terapia medicamentosa.
   c. O direcionamento das ações voltadas para a logística e distribuição dos medicamentos.
   d. A diminuição do uso de produtos farmacêuticos e à redução no preço dos medicamentos.
   e. A redução dos custos do tratamento farmacológico e da propaganda de medicamentos.
9. Explique por que o SUS e as políticas farmacêuticas não são processos acabados e ainda estão em construção e consolidação no país.
10. Discorra sobre a necessidade social da ressignificação da Assistência Farmacêutica e da atuação do farmacêutico na sociedade.

REFERÊNCIAS

American College of Clinical Pharmacy. The definition of clinical pharmacy. Pharmacotherapy. 2008;28(6):816-17.

Andreazza, R.S., Castro, M.S., Koche, P.S., Heineck, I. Causes of drug-related problems in the emergency room of a hospital in southern Brazil. Gac Sanit. 2011;25(6):501-6.

Araújo, A.L.A., Pereira, L.R.L., Ueta, J.M., Freitas, O. Perfil da assistência farmacêutica na atenção primária do Sistema Único de Saúde. Cien Saude Colet. 2008;13:611-7.

Baptista, T.W.F. As políticas de saúde no Brasil: da cidadania regulada ao direito universal e integral à saúde. *In*: Kuschnir, R., Fausto, M.C.R. (org.). Gestão de redes de atenção à saúde. Rio de Janeiro: EAD/ENSP; 2014. 280p.

Benrimoj, C., Feletto, E., Gastelerrutia, A., Martinez, F., Faus, M. A holistic and integrated approach to implementing cognitive pharmaceutical services. Ars Pharmaceutica. 2010;51:69-87.

Bermudez, J.A.Z., Costa, J.C.S., Noronha, J.C. (org.). Desafios do acesso a medicamentos no Brasil. Rio de Janeiro: Edições Livres; 2020. 190p.

Bermudez, J.A.Z., Epsztejn, R., Oliveira, M.A., Hasenclever, L. O acordo TRIPS da OMC e a proteção patentária no Brasil: mudanças recentes e implicações para a produção local e o acesso da população aos medicamentos. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ENSP; 2000. 131p.

Bortolon, P.C., Karnikowski, M.G.O., Assis, M. Automedicação versus indicação farmacêutica: o profissional de farmácia na atenção primária à saúde do idoso. Revista APS. 2007;10(2):200-9.

Boulet, P., Garrison, C., Hoen, E. Patentes de medicamentos em evidência: compartilhando experiência prática sobre patentes de produtos farmacêuticos. Reino Unido: Médicos sem Fronteiras; 2003. 37p.

Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução nº 328, de 22 de julho de 1999. Dispõe sobre requisitos exigidos para a dispensação de produtos de interesse à saúde em farmácias e drogarias. Diário Oficial da União, 26 jul 1999.

Brasil. Decreto nº 68.806, de 25 de junho de 1971. Institui a Central de Medicamentos (CEME). Diário Oficial da União, 25 jun 1971.

Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Diário Oficial da União, 05 out 1988.

Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, 20 set 1990.

Brasil. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, 31 dez 1990.

Brasil. Lei nº 9.279, de 14 de maio de 1996. Regula direitos e obrigações relativos à propriedade industrial. Diário Oficial da União, 15 maio 1996.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.916, de 30 de outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. Diário Oficial da União, 30 out 1998.

Brasil. Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999. Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária e dá outras providências. Diário Oficial da União, 27 jan 1999.

Brasil. Lei nº 9.787, de 10 de fevereiro de 1999. Altera a Lei nº 6.360, de 23 de setembro de 1976, que dispõe sobre a vigilância sanitária, estabelece o medicamento genérico, dispõe sobre a utilização de nomes genéricos em produtos farmacêuticos e dá outras providências. Diário Oficial da União, 11 fev 1999.

Brasil. Conselho Federal de Farmácia. Resolução nº 357, de 20 de abril de 2001. Aprova o regulamento técnico das Boas Práticas de Farmácia. Diário Oficial da União, 27 abril 2001.

Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 338, de 06 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Diário Oficial da União, 20 maio 2004;Seção1.

Campos, G.W.S. A mediação entre conhecimento e práticas sociais: a racionalidade da tecnologia leve, da práxis e da arte. Cien Saude Colet. 2011;16(7):53-65.

Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica. Relatório final: preliminar. Brasília, 2003. 69 p.

Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). Assistência Farmacêutica no SUS. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2007. 186p.

Cosendey, M.A.E., Bermudez, J.A.Z., Reis, A.L.A., Silva, H.F., Oliveira, M.A., Luiza, V.L. Assistência farmacêutica na atenção básica de saúde: a experiência de três estados brasileiros. Cad Saude Publica. 2000;16(1);171-82.

De Castro, C.C.H., Quevedo, M.P. O farmacêutico e a promoção da saúde: uma união possível na prática? Infarma Ciências Farmacêuticas. 2014;26(3):140-8.

Dupotey Varela, N.M., Oliveira, D.R., Argilagos, C.S. et al. What is the role of the pharmacist?: physicians' and nurses' perspectives in community and hospital settings of Santiago de Cuba. Braz J Pharmac Sciences. 2011;47(4):709-18.

Escorel, S. Histórias das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. *In:* Giovanella, L., Escorel, S., Lobato, L.V.C. et al (org.). Políticas e sistemas de saúde no Brasil. 2ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. 1100p.

Figueiredo, G.O., Brito, D.T.S., Botazzo, C. Ideologia, fetiche e utopia na saúde: uma análise a partir da saúde bucal. Cien Saude Colet. 2003;8(3):753-63.

Figueiredo, T.A., Schramm, J.M.A., Pepe, V.L.E. Seleção de medicamentos essenciais e a carga de doença no Brasil. Cad Saude Publica. 2014;30(11):2344-56.

Fleury, S. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. Cien Saude Colet. 2009;14(3):743-52.

Gontijo, C.I.F. Propriedade industrial no século XXI direitos desiguais. Brasília: Oxfam, INESC, REBRIP; 2003.

Hepler, C.D., Strand, L.M. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. Am J Hosp Pharm. 1990;47(3):533-43.

Iyda, M. Saúde bucal: uma prática social. In: Botazzo, C., Freitas, S.F.T. (org.) Ciências sociais e saúde bucal: questões e perspectivas. São Paulo: UNESP, 1998.

James, J.A., Rovers, J.P. Wellness and health promotion. *In:* ROVERS, J.P., CURRIE, J.D., HAGEL, H.P., Mcdonough, R.P., Sobotka, J.L. (Ed.) A practical guide to pharmaceutical care. Washington: American Pharmaceutical Association; 2003. p. 183-200.

Jaramillo, N.M., Cordeiro, B.C. Assistência farmacêutica. *In:* Osorio-de-Castro, C.G.S., Luiza, V.L., Castilho, S.R., Oliveira, M.A., Jaramillo, N.M. (Org.). Assistência farmacêutica: gestão e prática para profissionais de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2014. 469 p.

Kornis, G.E.M., Braga, M.H., Zaire, C.E.F. Os marcos legais das políticas de medicamentos no Brasil contemporâneo (1990-2006). Revista Aten Prim Saúde. 2008;11(1):85-99.

Leite, S.N. Quê "promoção da saúde"? Discutindo propostas para a atuação do farmacêutico na promoção da saúde. Cien Saud Colet. 2007;12(6).

Lieber, N.S., Ribeiro, E. Adverse drug reactions leading children to the emergency department. Rev Bras Epidemiol. 2012;15(2);265-74.

Loyola Filho, A.I., Uchoa, E., Firmo, J.O.A., Lima-Costa, M.A. Estudo de base populacional sobre o consumo de medicamentos entre idosos: Projeto Bambuí. Cad Saude Publica. 2005;21(2).

Lugones, R. Marketing y promoción de medicamentos: ¿Qué imites pueden ser implementados? *In:* Bermudez, J.A.Z., Bonfim, J.R.A. (org.) Medicamentos e a reforma do setor saúde. São Paulo: Hucitec/ Sobravime; 1999. p. 211-21.

Marin Jamarillo, N. Políticas del medicamento: los servicios farmacéuticos en la atención de la salud. Bol. Farmac. Bonaerense. 2002;350.

Mendes, E.V. Uma agenda para a saúde. São Paulo: Hucitec; 1996. 300p.

Mendes, E.V. As redes de atenção à saúde. 2ª ed. Organização Pan-Americana da Saúde: Brasília; 2011.

Messerli, M., Blozik, E., Vriends, N., Hersberger, K.E. Impact of a community pharmacist-led medication review on medicines use in patients on polypharmacy - a prospective randomised controlled trial. BMC Health Serv Res. 2016;16(1):1-16.

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. 384 p. Disponível na Internet: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/Livro_Atencao_basica_Farmaceutica.pdf (19 nov 2022).

Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos; Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Serviços farmacêuticos na atenção básica à saúde. Caderno 1. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. 106 p.

Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Assistência Farmacêutica no SUS: 20 anos de políticas e propostas para desenvolvimento e qualificação: relatório com análise e recomendações de gestores, especialistas e representantes da sociedade civil organizada. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 125 p. Disponível na Internet: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/assistencia_farmaceutica_sus_relatorio_recomendacoes.pdf (19 nov. 2022).

Mota, D.M., Melo, J.R.R., Freitas, D.R.C., Machado, M. Perfil da mortalidade por intoxicação com medicamentos no Brasil, 1996-2005: retrato de uma década. Cien Saud Colet. 2012;17(1).

Nicoline, C.B., Vieira, R.C.P.A. Assistência farmacêutica no Sistema Único de Saúde (SUS): percepções de graduandos em Farmácia. Interface. 2011;15(39).

Noblat, A.C.B., Noblat, L.A.C.B., Toledo, L.A.K.D., et al. Prevalência de admissão hospitalar por reação adversa a medicamentos em Salvador, BA. Rev Assoc Med Bras. 2011;57(1):42-5.

Oliveira, E.A., Labra, M.E., Bermudez, J.A produção pública de medicamentos no Brasil: uma visão geral. Cad Saude Publica. 2006;22(11):2379-89.

Oliveira, D.R., Varela, N.D. La investigación cualitativa en Farmacia: aplicación en la Atención Farmacéutica. Rev Bras Cien Farm. 2008;44(4):763-72.

Oliveira, L.C.F., Assis, M.M.A., Barboni, A.R. Assistência farmacêutica no Sistema Único de Saúde: da política nacional de medicamentos à atenção básica à saúde. Cien Saud Colet. 2010;15(3):3561-7.

Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Organização Mundial de Saúde. Avaliação da Assistência Farmacêutica no Brasil: estrutura, processo e resultados. Brasília: Organização Panamericana da Saúde; 2005. 260p.

Organización Panamericana de la Salud (OPS). El papel del farmacéutico en el sistema de atención a la salud. Tokio. 1993. Disponível na Internet: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&alias=793-el-papel-farmaceutico-sistema-atencion-a-salud-informe-reunion-oms-toki-3&category_slug=vigilancia-sanitaria-959&Itemid=965 (14 out 2022).

Organización Panamericana de la Salud (OPS). Servicios farmacéuticos basados en la atención primaria de salud. Documento de posición de la OPS/OMS. Washington, DC: OPS, 2013.

(La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas, n. 6).

Paim, J., Almeida Filho, N. A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva. Salvador: Casa da Qualidade, 2000.

Paim, J.S. Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. 356p.

Paim, J.S., Travassos, C., Almeida, C., Bahia, L., Macinko, J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. The Lancet. 2011;377:1778-97.

Portela, A.D.S., Leal, A.A.F., Werner, R.P.B., et al. Políticas públicas de medicamentos: trajetória e desafios. Rev Cien Farm Bas Apl. 2010;31(1):9-14.

Provin, M.P., Campos, A.P., Nielson, S.E.O., Amaral, R. Atenção Farmacêutica em Goiânia: inserção do farmacêutico na estratégia saúde da família. Saude Soc. 2020;19(3):717-24.

Ramos, L.R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. Cad Saude Publica. 2003;19(3):793-7.

Ramos, L.R., Tavares, N.U.L., Bertoldi, A.D., et al. Polifarmácia e polimorbidade em idosos no Brasil: um desafio em saúde pública. Rev Saude Publica. 2016;50(supl 2):9s.

Reis, A.M.M., Cassiani, S.H.D. Adverse drug events in an intensive care unit of a university hospital. Eur J ClinPharmacol. 2011;67(6):625-32.

Rovers, J.P., Currie, J.D. Guia prático da atenção farmacêutica: manual de habilidades clínicas. São Paulo: Pharmabooks; 2010. 303p.

Rozenfeld, S. Farmacêutico: profissional de saúde e cidadão. Cien Saude Colet. 2008;13(1):561-68.

Saturnino, L.T.M., Perini, E., Luz, Z.M.P., Modena, C.M. Farmacêutico: um profissional em busca de sua identidade. Rev Bras Farm. 2012;93:10-6.

Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos. O que é uso racional de medicamentos. São Paulo; 2001. 128 p.

Varallo, F.R., Capucho, H.C., Planeta, C.S., Mastroianni, P.D. Safety assessment of potentially inappropriate medications (PIM) use in older people and the factors associated with hospital admission. J Pharm Pharm Sci. 2011;14(2):283-90.

Velásquez, G. Impacto económico del uso racional de medicamentos. *In*: Bermudez, J. A. Z., Bonfim, J. A. R. (org.) Medicamentos e a reforma do setor saúde. São Paulo: Hucitec/Sobravime; 1999.

Vieira, F.S. Possibilidades de contribuição do farmacêutico para a promoção da saúde. Cien Saude Colet. 2007;12(1).

Vieira, F.S., Zucchi, P. Financiamento da assistência farmacêutica no Sistema Único de Saúde. Saude Soc. 2013;22(1).

Vinholes, E.R., Alano, G.M., Galato, D. A percepção da comunidade sobre a atuação do Serviço de Atenção Farmacêutica em ações de educação em saúde relacionadas à promoção do uso racional de medicamentos. Saude Soc. 2009;18(2).

Wiedenmayer, K., Summers, R.S., Mackie, C.A., et al. Developing pharmacy practice: a focus on patient care: handbook. World Health Organization/International Pharmaceutical Federation; 2006, 87p.

Witzel, M.D.R.F. Atenção farmacêutica. *In*: Conferência Municipal de Política de Medicamentos e Assistência Farmacêutica. São Paulo: Secretaria Municipal de Cultura; 2002.

World Health Organization (WHO). Safety of medicines: a guide to detecting and reporting adverse drug reations. Geneve, 2002. Disponível na Internet: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67378/WHO_EDM_QSM_2002.2.pdf?sequence=1&isAllowed=y (19 nov 2022).

World Health Organization (WHO). Editorial - 25 years of essential medicines progress. Essential drugs monitor. 2003;32:1-2.

GABARITO

1. Resposta: B.
2. Resposta: E.
3. Resposta: C.
4. Resposta: D.
5. Resposta: C.
6. Resposta: B.
7. Resposta: A.
8. Resposta: A.
9. Resposta: Apesar dos inegáveis avanços da saúde pública nas últimas décadas, as políticas púbicas de saúde que vêm sendo desenvolvidas ainda não foram suficientemente efetivas para atender à totalidade das necessidades de saúde da sociedade, tornando, assim, processos ainda inacabados e em permanente construção. Destaca-se que a intensificação das desigualdades sociais, estabelecidas ao longo dos anos no país, prejudicam a efetivação de conquistas sociais mínimas e reforçam desafios importantes e ainda preponderantes na saúde pública. O posicionamento da Assistência

Farmacêutica como política social e a sua consolidação no sistema de saúde perpassa importantes pautas, que ainda carecem de serem superadas, dentre as quais destaca-se o caráter simbólico dos fármacos e seu entendimento simplista como bem de consumo, consequência da produção capitalista, que faz da sua utilização sem critérios ainda um grave problema de saúde pública a ser superado pelas políticas farmacêuticas.

10. Resposta: A ressignificação da Assistência Farmacêutica e do posicionamento do farmacêutico na sociedade está relacionada com a realidade contemporânea do papel do medicamento na sociedade, que está associada a elevados índices de morbimortalidade relacionadas com o uso indevido de fármacos, em vistas ainda da necessidade de responder adequadamente às demandas e às necessidades de saúde da população e alcançar melhores resultados com a farmacoterapia. A superação do modelo biomédico e medicalizante do cuidado remete à necessidade de entender a Assistência Farmacêutica para além das atividades logísticas e administrativas, já bem consolidadas, que estão relacionadas com os medicamentos, mas à incorporação de atividades assistenciais voltadas para a clínica e a vigilância do uso dos produtos farmacêuticos, assim como de atividades técnico-pedagógicas voltadas para a promoção do uso racional de medicamentos aos usuários e profissionais. Todo o processo de posicionamento da Assistência Farmacêutica e da atuação do farmacêutico está relacionado com a maior aproximação dos indivíduos, famílias e comunidades, assim como com a corresponsabilização pelos processos de cuidado e com a melhoria da qualidade de vida das pessoas.