

**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

DÉBORA SANTOS LULA BARROS

**SERVIÇOS FARMACÊUTICOS CLÍNICOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
DO DISTRITO FEDERAL**

**BRASÍLIA
2018**

Débora Santos Lula Barros

**SERVIÇOS FARMACÊUTICOS CLÍNICOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
DO DISTRITO FEDERAL**

Tese de doutorado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Ciências Farmacêuticas da Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Ciências Farmacêuticas.

Orientador(a): Prof^a Dr^a Silvana Nair Leite
Contezini

Co-orientador(a): Prof^a Dr^a Dayde Lane Mendonça
Silva

BRASÍLIA

2018

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de ensino, estudo ou pesquisa, desde que citada a fonte.

DÉBORA SANTOS LULA BARROS

**SERVIÇOS FARMACÊUTICOS CLÍNICOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
DO DISTRITO FEDERAL**

Tese de doutorado apresentada para o Programa de Pós-graduação em Ciências Farmacêuticas, Faculdade de Ciências da Saúde, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Ciências Farmacêuticas.

Aprovada em 28 de fevereiro de 2018.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra . Silvana Nair Leite (Universidade de Brasília)

Profa. Dra . Dayde Lane Mendonça Silva (Universidade de Brasília)

Profa. Dra . Janeth de Oliveira Silva Naves (Universidade de Brasília)

Profa. Dra . Noemia Urruth Leão Tavares (Universidade de Brasília)

Prof. Dra. Magda Duarte dos Anjos Scherer (Universidade de Brasília)

"O amor passa pelo cuidado".

"Tal é a confiança que temos diante de Deus, por meio de Cristo. Não que possamos reivindicar qualquer coisa com base em nossos próprios méritos, mas a nossa capacidade vem de Deus". 2 Coríntios 3:4-5

"O Altíssimo deu-lhes a ciência da medicina para ser honrado em suas maravilhas; e dela se serve para acalmar as dores e curá-las. O farmacêutico faz misturas agradáveis, compõe unguentos úteis à saúde, e seu trabalho não terminará, até que a paz divina se estenda sobre a face da terra."

Eclesiástico, 38: 6-8

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho para todos aqueles que sonham com um futuro melhor para o nosso país, sem iniquidades e maiores oportunidades de ascensão humana e social.

Dedico também aos farmacêuticos da Secretaria de Saúde do Distrito Federal, que na sua lida diária servem a sociedade com tanto esmero e amor.

Por fim, ainda dedico aos pesquisadores e educadores do Brasil, que por encanto ao conhecimento, mesmo diante das adversidades diárias, se empenham no projeto do desenvolvimento científico e tecnológico.

AGRADECIMENTOS

Eu começo os meus infinitos agradecimentos ao meu Pai criador, meu bom Deus! Sempre foi Ele que me conduziu e acompanhou. Que me possibilita ser feliz e forte nas adversidades. Que me oferta mais do que eu mereço! E, portanto, só me resta sentir gratidão por todas as graças alcançadas e desejar que a Sua mão continue me direcionando pelos caminhos. O nosso universo é um lugar fascinante, e a ciência, um dos dons do Espírito Santo, nos mostra isso! Ainda, venho agradecer à Nossa Senhora, Maria nossa mãe do céu, que sempre intercedeu pelos sonhos de seus filhos junto de Deus.

Não poderia deixar de expressar os meus profundos agradecimentos para a minha mãe, Suse Alcântara Santos. Antes que eu acreditasse no meu potencial, antes mesmo que me reconhecesse como indivíduo neste mundo, ela já apostava, já falava desde os meus 5 anos de idade que eu iria para a Unb. Também eu gostaria de declarar o quanto sou grata por tê-lo como pai o senhor Luverci Lula Barros. Ele me ensinou o fascínio pelo conhecimento, pela educação e pela política. Indubitavelmente, eu tenho os melhores pais e educadores que eu poderia receber pela graça de Deus. Graças a eles eu comecei a ler aos 4 anos, jogar xadrez aos 7 e exercer com tanto amor o ofício de educadora ao longo da vida.

Agradeço ainda aos meus companheiros de luta e vida, irmãos e melhores amigos Daniel, Letícia, Lucas, Luciana e Marjory. Vocês me inspiram a ser melhor. Com vocês aprendi a ser mãe, a ser menos chata e exigente, mais humana e simples. Eu daria a minha vida por qualquer um de vocês. Ademais, agradeço aos meus familiares que estão nesse plano e aqueles que já se foram, que se encontram nos braços do nosso Pai. Também queria destacar o carinho especial que tenho pela minha avó Izabel, tias Lúcia e Lia.

Eu gostaria de agradecer mais uma vez à minha orientadora, Silvana Nair Leite, pelo seu exemplo de luta e militância na farmácia e na saúde coletiva do nosso país. Gostaria de agradecer também à professora Dayde Lane Mendonça, minha co-orientadora, que além de ter se revelado como uma exímia educadora, mais do que isso, sempre se mostrou amiga e humana durante os processos da minha vida. A forma doce de tratar os pacientes do CMI foi um dos fatores que contribuiu para que eu a procurasse para trilhar os sonhos do mestrado e doutorado.

Aproveito ainda o ensejo para reconhecer a importância da professora Janeth de Oliveira Silva Naves na minha formação acadêmica. Desde a sua primeira aula de assistência farmacêutica eu já me senti em casa e sabia que era lá que deveria ficar. Muito obrigada por isso e por inestimáveis contribuições que levarei para a minha vida! Expresso os meus valiosos sentimentos aos professores Rafael Mota Pinheiro e Noemia Urruth Leão Tavares, que me ensinaram a amar e acreditar na atenção primária. Agradeço as professoras Leila Gottems e Magda Scherer, que com entusiasmo prontamente aceitaram o convite para compor a banca. Estimo profunda admiração pelo trabalho profissional de todos vocês!

Gostaria de agradecer o carinho, o apoio e a compreensão dos amigos da Universidade Católica de Brasília, da Secretaria de Saúde do Distrito Federal, da Universidade de Brasília, do JASMIM, do EJOE, da EJNS, das aulas de dança (das instituições Lá na Dança, Academia de Dança Império, Companhia de Dança Marcelo Amorim), do campeonato de kart, do ensino médio no CEF 414 de Samambaia, da Faculdade JK, da vizinhança, da vida, enfim... Gostaria de mencionar os nomes de todos aqueles que estão registrados no meu coração, mas não caberia espaço, pois Deus é tão generoso que ofertou na minha vida infinitos anjos! Para além do *status* de amigas, não poderia deixar de relatar os meus profundos agradecimentos para as minhas irmãs de coração, Hylane Damascena, Alliny Martins, Thadny Tamires, Inês Duarte e Vera Victor.

Meus queridos, essa conquista sempre foi coletiva. E, mais uma vez reitero, é NOSSA! Eu vos amo imensamente!

RESUMO

BARROS, Débora Santos Lula Barros. **Serviços farmacêuticos clínicos da atenção primária à saúde do Distrito Federal**. Brasília, 2018. Tese (Doutorado em Ciências Farmacêuticas) – Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2018.

Os serviços farmacêuticos da atenção primária têm a finalidade de propiciar o acesso integral e o uso racional de medicamentos aos usuários. Desse modo, são conduzidos serviços gerenciais, que estão voltados para a logística de tecnologias em saúde, e os serviços classificados como clínicos, que correspondem ao processo de interação do farmacêutico com a equipe e usuários, com a finalidade de prover cuidados em saúde da população adstrita. Nessa conjuntura, esse estudo objetivou investigar como são desenvolvidos os serviços farmacêuticos clínicos da atenção primária do Distrito Federal, Brasil. Para tanto, foram triangulados os métodos de pesquisa quantitativo, qualitativo e de revisão da literatura, e participaram da pesquisa os trinta e quatro farmacêuticos que estavam lotados nas farmácias das unidades básicas de saúde. O seguimento farmacoterapêutico é o serviço mais estudado no Brasil, enquanto que a dispensação, a orientação e as atividades técnico-pedagógicas são as atividades realizadas com maior frequência pelos farmacêuticos da atenção primária do Distrito Federal. Ainda nesse cenário, usualmente as orientações farmacêuticas fornecidas aos usuários abordam sobre os itinerários de acesso aos medicamentos. No Distrito Federal, há maior frequência de operação dos serviços clínicos pelos farmacêuticos que trabalhavam em farmácias com infraestrutura física com melhores níveis de adequação, que possuíam maior apoio da gestão e da equipe de saúde e que estavam mais inseridos nas atividades do NASF. Os farmacêuticos reportaram como fragilidades dos serviços clínicos a precariedade das condições objetivas e subjetivas de trabalho. Também foram discutidas a falta de reconhecimento social e descontinuidades das ações governamentais. Já em relação aos temas pertencentes as potencialidades, foram listados avanços nas proposições e execuções de políticas públicas, que ampliaram a força de trabalho farmacêutica na atenção primária e que estão impulsionando a realização dos serviços clínicos. Este estudo contribui para a compreensão do cenário de desenvolvimento dos serviços farmacêuticos clínicos, e, por consequência, fornecem informações cruciais para as ações de planejamento, avaliação e qualificação dos serviços de saúde.

Palavras-chave: Atenção farmacêutica, Atenção primária à saúde, Assistência farmacêutica.

ABSTRACT

BARROS, Débora Santos Lula Barros. **Clinical Pharmaceutical Primary Health Care Services for the Federal District**. Brasília, 2018. Thesis (Ph.D. in Pharmaceutical Sciences) - Faculty of Health Sciences, University of Brasilia, Brasília, 2018.

Primary care pharmaceutical services have the purpose of providing full access and rational use of medicines to users. In this way, management services are conducted, which are focused on the logistics of health technologies, and services classified as clinical, which correspond to the interaction process of the pharmacist with the team and users, in order to provide health care for the population attached. At this juncture, this study aimed to investigate how the clinical services of primary care in the Federal District, Brazil. To do so, the methods of quantitative, qualitative and literature review were triangulated, and the thirty-four pharmacists who filled up in the pharmacies of the basic health units participated in the study. Pharmacotherapeutic follow-up is the most studied service in Brazil, while dispensing, orientation and technical-pedagogical activities are the activities most frequently performed by primary care pharmacists in the Federal District. Still in this scenario, usually the drug guidelines provided to users address the access routes to medications. In the Federal District, there was a greater frequency of operation of clinical services by pharmacists who worked in pharmacies with physical infrastructure with better levels of adequacy, that had greater support from management and the health team, and were more involved in NASF activities. Pharmacists reported the weaknesses of clinical services as the precariousness of objective and subjective conditions of work. Also discussed were the lack of social recognition and discontinuities of government actions. In relation to the themes belonging to the potentialities, progress was made in proposing and executing public policies, which expanded the pharmaceutical workforce in primary care and are driving the delivery of clinical services. This study contributes to the understanding of the scenario of development of clinical pharmaceutical services and, consequently, provides crucial information for the actions of planning, evaluation and qualification of health services.

Keywords: Pharmaceutical Care, Primary Health Care, Pharmaceutical Services.

LISTA DE ABREVIATURAS

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária

CAF - Central de Abastecimento Farmacêutico

CEBES - Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

CEME - Central de Medicamentos

CFF - Conselho Federal de Farmácia

CGU - Controladoria Geral da União

FEPECS - Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde

FOFA - Forças, Oportunidades, Fraquezas e Ameaças

IDH - Índice de Desenvolvimento Humano

MIP - Medicamentos Isentos de Prescrição

NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família

OMS - Organização Mundial da Saúde

OPS - Organização Panamericana da Saúde

PACS - Programa dos Agentes Comunitários de Saúde

PMAQ-AB - Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

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

PNAB - Política Nacional de Atenção Básica

PNAF - Política Nacional de Assistência Farmacêutica

PNM - Política Nacional de Medicamentos

PRM - Problemas Relacionados aos Medicamentos

PSF - Programa Saúde da Família

QUALIFAR-SUS - Programa de Qualificação da Assistência Farmacêutica no SUS

REME-DF - Relação de Medicamentos Essenciais do Distrito Federal

REMUME - Relação Municipal de Medicamentos Essenciais

RENAME - Relação Nacional de Medicamentos Essenciais

RESME - Relação Estadual de Medicamentos Essenciais

SCIELO - *Scientific Electronic Library Online*

SPSS - *Statistical Package For Social Sciences*

SUS - Sistema Único de Saúde

SWOT - *Strengths, Weaknesses, Opportunities e Threats*

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Perfil dos farmacêuticos da atenção primária à saúde do Distrito Federal, Brasil.....	59
Tabela 2 - Frequência de realização dos serviços farmacêuticos na atenção primária à saúde do Distrito Federal, Brasil.....	60
Tabela 3 - Frequência de abordagem dos temas no ato da orientação farmacêutica.....	60

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	15
2. REVISÃO DE LITERATURA	17
2.1 A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	17
2.2 A ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	20
2.2.1 SERVIÇOS FARMACÊUTICOS GERENCIAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	23
2.2.2 SERVIÇOS FARMACÊUTICOS CLÍNICOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	26
2.2.3 RESULTADOS DA PRÁTICA DOS SERVIÇOS FARMACÊUTICOS CLÍNICOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DO BRASIL	29
3. OBJETIVOS	33
3.1 OBJETIVO GERAL.....	33
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	33
4. MATERIAIS E MÉTODOS.....	34
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	38
5.1 SERVIÇOS FARMACÊUTICOS CLÍNICOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DO BRASIL: UMA REVISÃO CRÍTICA DA LITERATURA.....	38
5.2 SERVIÇOS FARMACÊUTICOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL: FREQUÊNCIA DE REALIZAÇÃO E FATORES CONDICIONANTES	52
5.3 SERVIÇOS FARMACÊUTICOS CLÍNICOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL: UMA DISCUSSÃO A PARTIR DA MATRIZ SWOT	67
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	87
7. REFERÊNCIAS	89
8. APÊNDICE 1	110
9. APÊNDICE 2	115
10. APÊNDICE 3	116
11. ANEXO 1	118

1. INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) constitui um direito e importante conquista social. Principalmente pela promulgação da Constituição Federal do Brasil de 1988 e as Leis Orgânicas da Saúde (8.080/1990 e 8.142/1990), o Estado assumiu compromissos sólidos com a sociedade civil brasileira no provimento de um bem estar físico, mental e social, assegurando assistência à saúde de forma abrangente e democrática (BRASIL, 1988; BRASIL, 1988; BRASIL, 1990a; BRASIL 1990b; SOUZA; COSTA, 2010; SCHERER; MENEZES, 2016). Ao longo dos anos, compulsoriamente, emergiu o arcabouço legal que objetivou o aprimoramento e operacionalização do Sistema, em consonância com as necessidades sociais, demográficas e epidemiológicas da população. Além disto, o SUS ainda é uma estratégia importante para a construção de um país socialmente justo (SOUZA, 2009).

O SUS funciona em diversos níveis de atenção à saúde, que estão articulados por meio de uma estrutura organizacional, cuja conformação preferencial se dá na forma das redes de atenção à saúde. A estrutura operacional das redes de atenção à saúde constitui-se do centro intercambiador de comunicação, representado pela atenção primária à saúde (também conhecida como atenção básica) e os níveis de atenção à saúde secundários e terciários. Também fazem parte da matriz das redes de atenção à saúde os sistemas de apoio, os logísticos e os de governança (MENDES, 2010). Mais que um sistema de apoio encontra-se a assistência farmacêutica (CORRER; OTUKI, SOLER, 2011; CFF, 2015; ARAÚJO et al, 2017a), que pode ser definida como:

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. Esse 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 (BRASIL, 2004).

Vieira (2008) discutiu em seu estudo os aspectos inconclusos da agenda do SUS para a qualificação dos serviços de assistência farmacêutica no Brasil, a partir da análise dos dados coletados dos relatórios de fiscalização de municípios elaborados pela Controladoria Geral da União (CGU). Como resultado, de uma amostra final de 597 municípios (10,7%), 90,3% apresentaram problemas na gestão de recursos ou serviços. Em 71% dos municípios foi constatada a falta de controle de estoque ou sua deficiência e em 39% condições inadequadas de armazenamento. Verificou-se falta de medicamentos em 24% dos municípios. Em cerca de

9% dos municípios revelou-se a ausência de farmacêutico na coordenação ou dispensação de medicamentos sujeitos ao controle especial (VIEIRA, 2008).

Os dados da Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Uso Racional de Medicamentos (PNAUM) ilustram que os serviços farmacêuticos clínicos no Brasil ainda são incipientes (ARAÚJO et al., 2017b). Dos farmacêuticos, apenas 21,3% afirmaram realizar atividades de natureza clínica. Destes, cerca de 80% os consideram muito importante. Contudo, os profissionais referiram sentir-se impossibilitados devida a precariedade das instituições de saúde, escassez de instrumentos e processo de trabalho e baixa integração com a equipe de saúde (ARAÚJO et al., 2017b; LEITE et al., 2017a; COSTA et al., 2017c). As dificuldades encontradas apontam improvisação e esforço dos profissionais para a execução dos serviços, o que pode comprometer a continuidade e qualidade das ações (ARAÚJO et al., 2017b).

Para a expansão da qualidade da assistência do SUS, faz-se necessária a implantação, a expansão e a avaliação dos serviços farmacêuticos, de forma que esses sejam efetivos para o atendimento das necessidades de saúde da população do território da atenção primária (ARAÚJO et al., 2017a; COSTA et al., 2017a). Ao partir desse pressuposto, verifica-se na literatura a existência de estudos que avaliaram indicadores da assistência farmacêutica no Distrito Federal (NAVES; SILVER, 2005). Segundo essa pesquisa, nos 15 centros de saúde visitados, apenas 18,7% dos pacientes compreendiam integralmente a prescrição, sendo que 56,3% conseguiam ler a receita e o tempo médio de dispensação foi de 53,2 segundos. Contudo, os serviços farmacêuticos clínicos, tema contemporâneo de programas e políticas públicas do país, carecem de investigações que revelem o seu *status quo* no cenário da assistência à saúde. Mesmo diante de todo o debate das possibilidades de contribuição dos serviços farmacêuticos clínicos para a melhoria da situação de saúde da comunidade adstrita na atenção primária (PROVIN et al., 2010; MARQUES et al., 2011; ALANO; CORRÊA, GALATO, 2012; PLASTER et al., 2012; MARTINS et al., 2013, ZUBIOLI et al., 2013; REIS et al., 2013; FIRMINO et al., 2015; OBRELI-NETO et al., 2015; CAZARIM et al., 2016; OLIVEIRA-SANTOS et al., 2016; NAKAMURA; LEITE, 2016; ARAÚJO et al., 2017a; MELO; CASTRO, 2017; MELO et al., 2017), a produção científica ainda retrata de forma parcial os desafios constantes nas vivências e experiências dos farmacêuticos do SUS do Distrito Federal, já que esses emergem como fruto de uma prática dinâmica, cuja determinação é complexa e multifatorial. Portanto, esse estudo objetivou compreender como são desenvolvidos os serviços farmacêuticos clínicos, cujo cenário de pesquisa se processou na atenção primária da Secretaria de Saúde do Distrito Federal, Brasil.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 MARCOS REGULATÓRIOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL

Duas concepções de atenção primária à saúde são predominantes (CONILL, 2008). Uma marcada pela atenção ambulatorial não especializada, ofertada por meio de unidades de saúde de um sistema, que se caracteriza pelo desenvolvimento de conjunto diversificado e complexo de atividades clínicas de baixa densidade tecnológica (LAVRAS, 2011). Uma outra orientação conceitual corresponde a uma política de reorganização do modelo assistencial, quer seja sob forma seletiva ou ampliada, atua como responsável pela coordenação do cuidado do usuário no sistema (MENDES et al., 2014; CONILL, 2008; KLEIJ et al., 2017).

A atenção primária apresenta como características primordiais: ser porta de entrada preferencial dos usuários no sistema de saúde; prestar atenção a longo prazo e orientada para as pessoas - e não focada nos agravos; desenvolver cuidados abrangentes e resolutivos para a maior parte dos problemas de saúde; e coordenar os cuidados quando os usuários necessitarem de atendimento em outros pontos na rede de atenção à saúde (STARFIELD; SHI; MACINKO, 2005; KLEIJ et al., 2017).

Historicamente, o termo atenção primária remonta a 1920, quando o relatório Dawson foi elaborado pelo ministro da saúde do Reino Unido naquela época (STARFIELD; SHI; MACINKO, 2005). Desde então, houve a difusão da noção desse termo para outros países, associado-o às ideias de regionalização, hierarquização dos cuidados e uma base geográfica definida na oferta de serviços (LAVRAS, 2011).

Outro marco histórico da atenção primária é a elaboração e publicação da Declaração de Alma-Ata em 1978, fruto da “Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde”. Nessa declaração foi enfatizada a necessidade de expandir os serviços de atenção primária nos países, como estratégia de combate às iniquidades sociais e medida de aperfeiçoamento das situações de saúde das diversas nações (OMS, 1978).

No caso brasileiro, o referencial proposto em Alma Ata inspirou as primeiras experiências de implantação dos serviços de atenção primária em nível municipal no final da década de 1970 e início de 1980. Ainda, trouxe aportes conceituais e práticos para a organização dos mesmos sob forte mobilização do movimento reforma sanitária (GIL, 2006).

Já em 1988, com o processo de redemocratização do país, foi instituído o SUS com a nova Constituição. Nesse período, observou-se a permanência de várias iniciativas dos estados e municípios em relação à atenção primária, sem, no entanto, se configurar um modelo nacional (LAVRAS, 2011).

Em 1990, para orientar a operacionalização do SUS, foram postuladas a Lei nº 8.080 – que dispõe acerca das condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, organização e funcionamento dos serviços correspondentes - e a Lei nº 8.142- que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde (BRASIL, 1990a; BRASIL, 1990b). Tais leis consolidaram o papel do município como o principal executor das ações de saúde, o que iria culminar com os processos de municipalização e descentralização dos serviços de atenção primária (SOUZA; COSTA, 2010).

O Programa dos Agentes Comunitários de Saúde (PACS), existente desde o início dos anos de 1990, constituiu importante ferramenta para a consolidação do modelo de promoção da saúde no SUS, e reorientou o foco da assistência de ambulatorial para domiciliar. Pode-se afirmar, então, que o PACS é um antecessor do Programa Saúde da Família (PSF), pois uma das variáveis importantes que o primeiro introduziu e que se relaciona diretamente com o segundo é que, pela primeira vez, há um enfoque na família dentro das práticas de saúde. Outra contribuição do programa é a indução de uma visão ativa das intervenções em saúde, de não “esperar” a demanda “chegar” para intervir, mas de agir sobre ela preventivamente (VIANA; POZ, 2005).

Como mudança incremental na saúde coletiva brasileira, o PSF começa então a perder o caráter de programa e passa a ser uma estratégia estruturadora dos serviços, isto é, passa a ser claramente um instrumento de reorganização do SUS, porque se deseja que este sirva como exemplo de um novo tipo de assistência baseada no modelo da promoção da saúde, distinto do modelo biomédico dominante (VIANA; POZ, 2005).

A Portaria nº 648/GM de 28, de março de 2006 aprovou a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e estabeleceu a revisão das diretrizes e normas para a organização da atenção básica, do PSF e do PACS. O documento evidencia que a atenção primária consiste em um nível de atenção à saúde na qual são utilizadas tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território (BRASIL, 2006b). Também é enfatizada que a atenção primária orienta-se

pelos seguintes princípios: universalidade, acessibilidade, coordenação do cuidado, vínculo e continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, equidade e participação social (BRASIL, 2017b; MENDES, 2009).

Na sequência, a Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011 aprovou uma nova versão da PNAB. Essa nova portaria mantém a essência do documento de 2006, ao mesmo tempo que incorporou as seguintes inovações: a flexibilização da carga horária semanal do médico de família e comunidade, a incorporação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), a proposição das equipes de saúde da família ribeirinhas e as unidades de saúde fluviais, bem como instituiu a presença do profissionais de saúde bucal (BRASIL, 2011a; FONTENELLE, 2012).

A Portaria nº 1.645, de 2 de outubro de 2015 tratou do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). O programa, que foi postulado preliminarmente em 2011, objetiva induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção primária, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente, de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas a esse nível de atenção à saúde (BRASIL, 2015). Esse programa possui percurso inovador no que se refere ao conteúdo da política, à mobilização local e à produção de uma cultura de monitoramento e avaliação, de modo que a utilização de indicadores de autoavaliação e de avaliação externa em saúde possibilite ganhos significativos na reorientação das ações em prol da qualidade assistencial (PINTO; SOUSA; FERLA, 2014).

Recentemente foi publicado no Brasil a Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, que estabeleceu uma nova revisão das diretrizes para a organização da atenção primária no âmbito do SUS. Segundo a referida política, a atenção básica foi definida como:

o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária (Brasil, 2017b).

Alguns autores brasileiros utilizam os termos atenção primária à saúde e atenção básica à saúde como sinônimos e na perspectiva de unidades locais ou nível de assistência (GIL, 2006). No Brasil, nos anos 1990, optou-se pela utilização do termo atenção básica em referência ao conjunto de ações no primeiro nível de atenção (Castro, 2015). Segundo Fausto

(2005), esta opção na época ocorreu em virtude da associação do termo atenção primária ao enfoque restrito então predominante nas reformas latino-americanas, que era incompatível com as diretrizes abrangentes do Sistema Único de Saúde (SUS). Entretanto, o termo atenção primária à saúde ainda se mantém com hegemonia na produção científica brasileira (GIL, 2006; CASTRO, 2015).

Urgem questionamentos sobre a proposta aprovada, na qual foram apontados alguns retrocessos por estudiosos da área. Embora a proposta da PNAB afirme a saúde da família como estratégia prioritária para expansão e consolidação da atenção primária, o texto como um todo na prática rompe com essa centralidade na organização do SUS (CEBES, 2017). Além disso, a reformulação da proposta também ameaça a presença do agente comunitário de saúde como profissional integrante da atenção primária (ANTUNES, 2017).

Alguns avanços pontuados com a promulgação da nova portaria seria a possibilidade de ofertar um conjunto de procedimentos essenciais/basilares para a saúde da população (BRASIL, 2017b). Entretanto, essa também é uma medida conflitante para alguns pesquisadores, que acreditam que os gestores e profissionais de saúde locais da atenção primária é que deveriam definir o rol de serviços, segundo as características sociais, demográficas e epidemiológicas do território (ANTUNES, 2017).

Na última PNAB foi discutido como responsabilidade comum de todos os entes federativos o desenvolvimento de ações de assistência farmacêutica e uso racional de medicamentos, por meio da disponibilidade e acesso aos medicamentos e insumos em conformidade com as diferentes relações de medicamentos essenciais, protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas, visando a integralidade do cuidado. Também foi designada a necessidade de cada unidade básica de saúde conter uma área destinada à assistência farmacêutica (BRASIL, 2017b).

2.2 A ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO SUS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Em 1978, a mesma declaração de Alma-Ata citada anteriormente, correspondeu um avanço importante também para o desenvolvimento da assistência farmacêutica no mundo, já

que destacou a necessidade do abastecimento de medicamentos essenciais como um dos oito elementos básicos da atenção primária (GIL, 2006; PORTELA et al., 2010).

Durante muitos anos, as ações de abastecimento de medicamentos da atenção primária no Brasil foram executadas pela Central de Medicamentos (CEME), criada em 1971 (BRASIL, 2007a; PORTELA et al., 2010). A CEME nasceu da preocupação do Estado em relação ao acesso aos medicamentos pelos estratos da população de reduzido poder aquisitivo, na qual lhe foi imputada as funções de coordenação da produção e distribuição de medicamentos em todo o território nacional, para todos os níveis de atenção à saúde (OLIVEIRA; ASSIS; BARBONI, 2010; PORTELA et al., 2010).

A gestão da CEME era centralizada, e, por consequência, os estados e municípios encontravam-se excluídos de todo o processo decisório (OLIVEIRA; ASSIS; BARBONI, 2010). Ao longo dos anos de sua existência, a centralização do gerenciamento das ações da CEME trouxe inúmeros problemas. Merecem destaque a programação, aquisição e a distribuição de medicamentos em desacordo com as reais necessidades dos estados e municípios (BRASIL, 2007a; PORTELA et al., 2010).

Na tentativa de melhorar o quadro mencionado acima, vários programas de governo foram criados, e, entre eles, o Programa Farmácia Básica em 1987, que objetivou racionalizar a disponibilidade de medicamentos essenciais na atenção primária (OLIVEIRA; ASSIS; BARBONI, 2010). No entanto, devido aos problemas decorrentes, principalmente, da centralização dos processos logísticos de tecnologias em saúde, cuja distribuição ainda não correspondia ao perfil de demanda das populações atendidas em um país tão extenso e diverso como o Brasil, o programa foi extinto em 1988 (CONSEDEY, 2000).

A assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica, é uma das áreas de atuação que emergiram com a criação do SUS (BRASIL, 1990). Primariamente foi afirmado esse direito na Lei nº 8.080/1990 e, *a posteriori*, em outros regulamentos do setor (BRASIL, 1990; BRASIL, 1998; BRASIL, 2004; OLIVEIRA; ASSIS; BARBONI, 2010). Ao longo do tempo, o princípio organizativo da descentralização de ações e serviços do SUS também impulsionou a descentralização da assistência farmacêutica na atenção primária brasileira.

A Política Nacional de Medicamentos (PNM), publicada pela Portaria n.º 3.916, de 30 de outubro de 1998, apresenta a definição de assistência farmacêutica e estabelece um conjunto de diretrizes e prioridades. Esse documento é extremamente importante, não somente para a atenção primária, mas abarca ganhos para a população atendida no SUS como um todo, pois formaliza o compromisso do Estado com a sociedade civil brasileira no sentido

de prover assistência farmacêutica em consonância com os ideais da reforma sanitária e com os princípios regentes do SUS (BRASIL, 1998b; PORTELA et al., 2010).

A Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), publicada pela Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 338, de 06 de maio de 2004, altera a definição de assistência farmacêutica e amplia o seu escopo de ação. Segundo esse documento, a assistência farmacêutica deve ser entendida como política pública norteadora para a formulação de políticas setoriais no Brasil (BRASIL, 2004; BRASIL, 2007a).

A assistência farmacêutica, portanto, corresponde a um conjunto de ações e serviços necessários para o pleno desenvolvimento da atenção à saúde do SUS, que deve prover aos usuários o acesso e o uso racional de tecnologias em saúde, dentro de um contexto de atendimento multiprofissional, humanizado, integral e sistêmico (PEARSON, 2007; OLIVEIRA; ASSIS; BARBONI, 2010).

Ainda que o termo "serviços farmacêuticos" historicamente tenha se originado da tradução do "*pharmaceutical services*" ou "*servicios farmacéuticos*", a definição de assistência farmacêutica ganhou maior abrangência no Brasil e o seu conceito incluiu além dos serviços, outros aspectos como a pesquisa, o desenvolvimento de produtos, a produção de fármacos, etc (PEREIRA; LUIZA; CRUZ, 2015). Assim, a figura 1 ilustra a relação entre a atenção primária, a assistência farmacêutica e os serviços farmacêuticos.



Figura 1. Relação entre os serviços farmacêuticos, a assistência farmacêutica e a atenção primária à saúde
Fonte: Pereira; Luiza e Cruz (2015)

A assistência farmacêutica básica contempla o financiamento das três instâncias gestoras do SUS, pactuada nas comissões intergestores tripartite e bipartite. A portaria nº 204, de 29 de janeiro de 2007, regulamentou o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o

respectivo monitoramento e controle. Esse mesmo documento dividiu os blocos de financiamento da assistência farmacêutica em básico, estratégico e especializado (BRASIL, 2007b).

Na sequência foi proposta a portaria nº 1.555, de 30 de julho de 2013, que tratou de forma específica sobre as normas de financiamento e de execução do componente básico da assistência farmacêutica no âmbito do SUS (BRASIL, 2013).

Didaticamente, a literatura estratifica os serviços farmacêuticos em gerenciais e clínicos/assistenciais na atenção primária (BRASIL, 2009; PINHEIRO, 2010; BRASIL, 2014a; PEREIRA; LUIZA; CRUZ, 2015; ARAÚJO et al, 2017a; ARAÚJO et al, 2017b). Embora essa divisão ocorra para facilitar a compreensão e a organização das inúmeras atividades farmacêuticas, cabe ressaltar que essas ações são interdependentes e apresentam vários pontos de intersecção, cuja finalidade está pautada na seleção e disponibilidade dos melhores esquemas terapêuticos segundo as necessidades de saúde da comunidade adstrita (LYRA-JÚNIOR et al., 2007a; HIRSCH et al., 2014).

Os serviços farmacêuticos gerenciais são representados pelas atividades de seleção, programação, aquisição, armazenamento e distribuição (PEREIRA; LUIZA; CRUZ, 2015; GERLACK et al., 2017; ARAÚJO et al., 2017a). Já os serviços farmacêuticos clínicos correspondem: a dispensação, a revisão da farmacoterapia, o seguimento farmacoterapêutico, a conciliação medicamentosa, a orientação farmacêutica, as atividades técnico-pedagógicas para a equipe e as atividades de educação em saúde (OPS, 2002; OPS, 2003; BRASIL, 2006; BRASIL, 2009; BRASIL, 2014a; ARAÚJO et al., 2017b).

2.2.1 SERVIÇOS FARMACÊUTICOS GERENCIAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

O Conselho Federal de Farmácia (CFF) (2016) conceitua os serviços farmacêuticos como "um conjunto de atividades organizadas em um processo de trabalho, que visa contribuir para prevenção de doenças, promoção, proteção e recuperação da saúde, e para a melhoria da qualidade de vida das pessoas".

Segundo o documento da Organização Panamericana da Saúde (OPS) (2013) os serviços farmacêuticos na atenção primária são definidos como:

um conjunto de ações no sistema de saúde que busca garantir atenção integral, integrada e contínua às necessidades e aos problemas de saúde da população, tanto no âmbito individual quanto no coletivo, tendo o medicamento como um dos elementos essenciais, contribuindo para seu acesso equitativo e uso racional. Para

tanto, essas ações devem ser desenvolvidas pelos farmacêuticos ou sob sua coordenação, incorporados à equipe de saúde da atenção primária (OPS, 2013).

Os serviços gerenciais na atenção primária correspondem a diversas atividades interdependentes cujo objetivo principal é prover o acesso aos medicamentos para a comunidade adstrita. Para isso, esses são classicamente organizados nos processos de seleção, programação, aquisição, armazenamento e distribuição (BRASIL, 2014a; ARAÚJO et al., 2017a).

Para a seleção de medicamentos na atenção primária é preciso que o farmacêutico e os demais profissionais de saúde tenham conhecimentos sobre a situação epidemiológica e demográfica da população do referido território, bem como dos recursos financeiros disponíveis e os tipos de serviços a serem ofertados (PEREIRA; LUIZA; CRUZ, 2015; KARNIKOWSKI et al., 2017). A seleção constitui o pilar para as demais atividades farmacêuticas e deve atuar de forma que sejam recrutadas as melhores opções terapêuticas segundo os critérios de efetividade, segurança, qualidade e menor custo (PORTELA et al., 2010). Para tanto, o farmacêutico deve participar das comissões interdisciplinares dedicadas à seleção e padronização dos medicamentos (como a comissão de farmácia e terapêutica, por exemplo) (OPS, 2003; KARNIKOWSKI et al., 2017).

Segundo a PNM “integram o elenco de medicamentos essenciais àqueles produtos considerados básicos e indispensáveis para atender a maioria dos problemas de saúde da população” (BRASIL, 1998b). Contudo, com a publicação do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, o conceito de essencialidade foi ampliado, e a relação nacional de medicamentos essenciais (RENAME) passou a conter todos os medicamentos necessários, independentemente da prevalência do agravo ou do custo dos medicamentos (BRASIL, 2011b).

Além da RENAME, outros documentos que apresentam o elenco de medicamentos essenciais para o atendimento das demandas de saúde da população brasileira são as listas: da Relação Estadual de Medicamentos Essenciais (RESME), da Relação de Medicamentos Essenciais do Distrito Federal (REME-DF) e da Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME) (PORTELA et al., 2010).

A programação compreende um conjunto de atividades voltadas para a estimativa da quantidade e periodicidade de aquisição dos medicamentos e produtos para saúde a serem disponibilizados nas unidades básicas de saúde (BRASIL, 2015; ARAÚJO et al., 2017a). Para isso, o farmacêutico deve levar em consideração os recursos financeiros disponíveis, os

estoques físicos existentes, o perfil epidemiológico, a oferta de serviços, o consumo histórico e médio mensal de medicamentos e outras tecnologias no cenário da atenção primária (OPS, 2003).

A aquisição se refere à efetivação do processo de compra dos medicamentos previamente definidos na programação (ARAÚJO et al., 2017b). O objetivo da aquisição na atenção primária é subsidiar o pleno funcionamento das unidades básicas de saúde. Para isso, contribui para o abastecimento de medicamentos em quantidade adequada e qualidade assegurada, ao menor custo possível, dentro da realidade do mercado, em área e tempo determinados (OPS, 2003). Em termos operacionais, para a aquisição dos medicamentos e produtos para saúde, devem ser cumpridos os dizeres da Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993, que instituiu as normas para licitações e contratos da administração pública (BRASIL, 1993). Também devem ser obedecidas as determinações da Lei nº 10.520, de 17 de julho de 2002, que instituiu no âmbito de todas as esferas de gestão, a modalidade de licitação denominada pregão para aquisição de bens e serviços comuns (BRASIL, 2002a).

Na atenção primária, o serviço farmacêutico voltado ao armazenamento corresponde a um conjunto de procedimentos técnicos e administrativos que têm por finalidade assegurar condições adequadas de conservação dos produtos (BRASIL, 2014a). Esse processo envolve os seguintes procedimentos farmacêuticos: recebimento dos medicamentos; estocagem, respeitadas as especificações técnicas de cada produto (termolábeis, fotossensíveis, inflamáveis); controle de estoque e o gerenciamento dos resíduos de saúde (OPS, 2003; BRASIL, 2009; BRASIL, 2014a; PEREIRA; LUIZA; CRUZ, 2015; ARAÚJO et al., 2017b).

A distribuição corresponde a um grupo de atividades vinculadas com à entrega dos medicamentos e produtos para saúde para o abastecimento das unidades básicas (BRASIL, 2006). Essas tecnologias usualmente são provenientes da Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF) e são distribuídas para as unidades básicas de saúde conforme o calendário de programação local (BRASIL, 2014a). Também entra no escopo da distribuição o intercâmbio de medicamentos entre e dentro das unidades básicas de saúde (PEREIRA; LUIZA; CRUZ, 2015).

Os serviços farmacêuticos gerenciais, embora estejam didaticamente divididos em etapas, esses são realizados simultaneamente. Não obstante, o prejuízo na consecução de alguma atividade, compromete como um todo a qualidade assistencial da cadeia de abastecimento de medicamentos da atenção primária. Assim, deve-se reforçar e valorizar a interlocução existente entre essas ações.

2.2.2 SERVIÇOS FARMACÊUTICOS CLÍNICOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

O termo “atenção farmacêutica” foi introduzido no Brasil com diferentes significados. Esse foi utilizado tanto para designar vários serviços clínicos, quanto como sinônimo de um único serviço: o acompanhamento/seguimento farmacoterapêutico (CFF, 2014). Há, também, literatura que o utilize para expressar uma nova filosofia de prática profissional (CFF, 2016).

Para Zubioli (2007), os pesquisadores espanhóis traduzem o termo "*pharmaceutical care*" por "*atención farmacêutica*". Esse termo espanhol, por sua vez, equivaleria a atenção farmacêutica no Brasil, conforme a proposta do consenso brasileiro que tratou sobre o tema em 2002 (OPS, 2002; PEREIRA; FREITAS, 2008).

No livro “Serviços farmacêuticos diretamente destinados ao paciente, à família e à comunidade: contextualização e arcabouço conceitual”, o Conselho Federal de Farmácia (CFF) (2016) propõe a seguinte análise etimológica para demonstrar a completude do termo “cuidado farmacêutico” ao ser comparado com a “atenção farmacêutica”:

Ao investigar a origem latina dessa expressão inglesa, verifica-se que a tradução para palavras como atenção e cuidado tem significados diferentes. Atenção – do latim *attentione* – tem o sentido de concentração e reflexão da mente em alguma coisa; daí que o verbo atender – do latim *attendere* –, quando usado como verbo transitivo direto, tem o significado de prestar serviços, aviar, entre outros, originando o substantivo atendente – do latim *attendente* –, pessoa que, nos hospitais e consultórios, desempenha a função de auxiliar de enfermagem. Cuidar – do latim *cogitare* –, quando empregado como verbo transitivo indireto, exprime o sentido de ter cuidado (CFF, 2016).

Conforme abordado por Pessini (2000) "cuidar, mais do que um ato isolado, é uma atitude constante de ocupação, preocupação, responsabilização e de envolvimento de ternura com o semelhante". Cabe aqui lembrar que, no ato de cuidar, também existe o ato de curar, porque o biológico não deixou de existir, mas que o foco da intervenção não está centrado na enfermidade, mas sim resolver o sofrimento que o agravo imputa ao usuário (FERRI et al., 2007). Nessa perspectiva, o cuidado farmacêutico é definido como:

Modelo de prática que orienta a provisão de diferentes serviços farmacêuticos direcionados ao paciente, à família e à comunidade, que visa a prevenção e resolução de problemas da farmacoterapia, o uso racional e ótimo dos medicamentos, a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, bem como a prevenção de doenças e de outros problemas de saúde" (CFF, 2016).

No eixo dos serviços farmacêuticos contemplados na definição supracitada, estão: a dispensação, a orientação farmacêutica, o acompanhamento/seguimento farmacoterapêutico, a conciliação medicamentosa, a revisão da farmacoterapia, a educação em saúde e as atividades técnico-pedagógicas, entre outros (OPS, 2002; BRASIL, 2009; CFF, 2013a; BRASIL, 2014a; CFF, 2016).

A dispensação constitui um procedimento relacionado com a oferta dos medicamentos e orientações de uso, mediante a apresentação da prescrição pelo usuário. Nesse momento, o farmacêutico avalia a adequação da prescrição segundo os parâmetros técnicos, clínicos e legais (ANGONESI, 2008). Para o processamento adequado do serviço de dispensação na atenção primária, é necessário que a farmácia disponha de estrutura física apropriada, sistema informatizado, processo de trabalho estruturado e recursos humanos capacitados, para viabilizar o provimento desse serviço com acolhimento e atendimento humanizado ao usuário (GALATO et al., 2008).

A orientação farmacêutica é um serviço que tem por objetivo informar sobre o uso correto dos medicamentos pelo usuário que conseguiu o acesso e não obteve todas as informações necessárias (BRASIL, 2009). Nesse diálogo, o farmacêutico identifica o conhecimento prévio do indivíduo sobre a sua farmacoterapia e promove educação nos pontos avaliados como necessários (REIS et al., 2013). Além disso, nesse espaço, o farmacêutico pode orientar o usuário sobre outros temas, tais como: acesso, administração e descarte de medicamentos; práticas integrativas e complementares; estilo de vida saudável; uso racional de medicamentos isentos de prescrição (MIP); informações para o armazenamento apropriado de medicamentos em domicílio; promoção da adesão ao tratamento; entre outros conteúdos. Dessa forma, ao estabelecer uma relação de horizontalidade entre o farmacêutico e usuário, podem ser criados espaços de aprendizagem mútua sobre diversos temas.

A educação em saúde consiste um serviço promotor de autocuidado, assim como oferece trajetórias de ensino-aprendizagem em prol do entendimento dos usuários sobre o funcionamento do SUS e a forma de exercício da participação social (BRASIL, 2009; BRASIL, 2014a). Ainda no tocante à assistência farmacêutica da atenção primária, a educação em saúde também está diretamente relacionada com a promoção da saúde e do uso racional de medicamentos (BRASIL, 2009).

As atividades técnico-pedagógicas, ou de educação em saúde direcionadas à equipe da atenção primária, têm como finalidade desenvolver conhecimentos, habilidades, atitudes e

competências para a promoção do uso racional de medicamentos, bem como objetiva a melhoria contínua das ações e serviços oferecidos para os usuários atendidos nas unidades básicas de saúde (PEGORARO; CASSIMIRO; LEÃO, 2014; BRASIL, 2014a). Assim, nesse rol de atividades, estão inclusos o provimento e compartilhamento de informações baseadas em evidências na forma de pareceres técnicos, boletins informativos, formulários terapêuticos, materiais educativos, palestras, reuniões e divulgações de informes técnicos (ARAÚJO et al, 2017b). Além do mais, dentro dessa ampla proposta, se encontra o apoio matricial. O apoio matricial ou matriciamento é um novo modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, em um processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica (CHIAVERINI et al., 2011; MEDEIROS, 2015).

O Ministério da Saúde, mediante a Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008, republicada em 4 de março de 2008, propôs o NASF (BRASIL, 2008). O principal objetivo da sua criação foi apoiar a inserção da estratégia de saúde da família nas redes de atenção à saúde, potencializando a abrangência e a resolubilidades das ações da atenção primária, assim como colabora para o fortalecimento dos processos de territorialização e regionalização em saúde (BRASIL, 2008). Para tanto, o NASF deve ser constituído por equipes multiprofissionais, nas quais o farmacêutico pode fazer parte, para prestar apoio matricial e estabelecer parcerias com os profissionais das equipes de saúde da família.

Os princípios do uso racional de medicamentos são alicerces para a construção dos projetos terapêuticos singulares nos processos de trabalho das equipes de saúde e do NASF. Dessa forma, o farmacêutico atuante no NASF, a partir do entendimento das diversas dimensões que os medicamentos assumem na sociedade atual, tem o importante papel de fomentar esse debate, na própria equipe, com os indivíduos e com a comunidade. Para tal, deve ser ofertadas informações confiáveis e consonantes com a proposta da promoção da saúde (PEREIRA; LUIZA; CRUZ, 2015). Não obstante, a presença do farmacêutico no NASF e nas visitas domiciliares, permite maior resolubilidade das intervenções, já que esse ator exercerá de forma integrada com outros profissionais serviços de cuidado em saúde para a família (LENAGHAN; HOLLAND; BROOKS, 2007).

2.2.3 RESULTADOS DA PRÁTICA DOS SERVIÇOS FARMACÊUTICOS CLÍNICOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DO BRASIL

Os estudos que tratam da temática do cuidado farmacêutico no Brasil, normalmente abordam a realização dos serviços farmacêuticos clínicos para os usuários com doenças crônicas, com destaque para diabetes melito e hipertensão arterial sistêmica (FOPPA et al., 2008; LYRA-JÚNIOR; MARCELLINI; PELÁ, 2008; CORRER et al., 2009a; NASCIMENTO; CARVALHO; ACÚRCIO, 2009; BORGES et al., 2010; PROVIN et al., 2010; ALANO; CORRÊA; GALATO, 2012; PLASTER et al., 2012; MARTINS et al., 2013; ZUBIOLI et al., 2013; FIRMINO et al., 2015). Esses agravos caracterizam-se como sendo incuráveis, cujas complicações decorrentes da falta de controle, podem resultar desfechos mais graves, como outras enfermidades e até mesmo o óbito do usuário (CORRER et al., 2009a; FIRMINO et al., 2015; NASCIMENTO; CARVALHO; ACÚRCIO, 2009). Não obstante, a prática dos serviços farmacêuticos clínicos para indivíduos com outros agravos cujos tratamentos são prolongados, os esquemas terapêuticos são complexos, possuem alta prevalência e/ou risco de transmissibilidade, como o HIV/AIDS, a doença de chagas, a depressão, os transtornos de ansiedade, por exemplo, também já estão sendo discutidos por alguns estudos brasileiros (ROMEU; PAIVA; MOURA FÉ, 2009; SILVA et al., 2012; MARQUES et al., 2013; REIS et al., 2013).

A literatura discute que os serviços farmacêuticos clínicos prestados na atenção primária, por possibilitarem controles sistemáticos das enfermidades crônicas, diminuem o fluxo de atendimentos de usuários portadores destes agravos em unidades de urgência-emergência e, como resultado, minimiza a quantidade de admissões hospitalares (CORRER et al., 2009a; NASCIMENTO; CARVALHO; ACÚRCIO, 2009; ALANO; CORRÊA; GALATO, 2012). Não obstante, esses mesmos serviços, ao promoverem o uso racional de medicamentos, possibilitam a redução de internações hospitalares associados a eventos adversos (MARTINS et al., 2013).

Entre as intervenções propostas nos serviços farmacêuticos clínicos estão a prevenção, a identificação, a avaliação e a resolução dos Problemas Relacionados aos Medicamentos (PRM) (LYRA-JÚNIOR; MARCELLINI; PELÁ, 2008; FOPPA et al., 2008; CORRER et al., 2009a; ROMEU; PAIVA; MOURA FÉ, 2009; NASCIMENTO; CARVALHO; ACÚRCIO, 2009; PROVIN et al., 2010; ALANO; CORRÊA; GALATO, 2012; MARTINS et al., 2013; FIRMINO et al., 2015). Os estudos brasileiros adotam frequentemente a classificação de

PRM baseada nas categorias de necessidade, efetividade e segurança, seguindo os consensos de Granada (LYRA-JÚNIOR; MARCELLINI; PELÁ, 2008; ROMEU; PAIVA; MOURA FÉ, 2009; NASCIMENTO; CARVALHO; ACÚRCIO, 2009; ALANO; CORRÊA; GALATO, 2012; PLASTER et al., 2012; FIRMINO et al., 2015).

Os PRM mais encontrados nos estudos conduzidos na atenção primária do Brasil estão relacionados com a inefetividade do tratamento proposto (PRM 3 e 4), seguidos pelo de insegurança não quantitativa, expressos principalmente por ocorrências de reações adversas aos medicamentos (PRM 5) (CORRER et al., 2009a; CORRER et al., 2009b; ROMEU; PAIVA; MOURA FÉ, 2009; NASCIMENTO; CARVALHO; ACÚRCIO, 2009; PROVIN et al., 2010; ALANO; CORRÊA; GALATO, 2012; MARTINS et al., 2013; FIRMINO et al., 2015).

Em função das influências multifatoriais que podem sobrevir no processo de adesão ao tratamento pelo usuário, essa prática deve ser estimulada nas ações educativas e na execução dos cuidados em saúde pelas equipes interdisciplinares e transdisciplinares da atenção primária (PLASTER et al., 2012; TAVARES et al., 2013). Isso não seria diferente nos serviços clínicos, nos quais se observa que a promoção da adesão ao tratamento faz parte da rotina de trabalho dos farmacêuticos nas unidades básicas de saúde e nas visitas domiciliares (FOPPA et al., 2008; CORRER et al., 2009a; CORRER et al., 2009B; PROVIM et al., 2010; PLASTER et al., 2012; FIRMINO et al., 2015).

A literatura relata que os serviços farmacêuticos clínicos aprimoram os níveis de adesão ao tratamento pelos usuários com doenças crônicas. Esses resultados são demonstrados tanto pela aplicação do questionário de Morisky, quanto pelos melhores resultados clínicos observados no monitoramento da terapia do usuário (CORRER et al., 2009a; PROVIM et al., 2010; OBRELI-NETO et al., 2011b; PLASTER et al., 2012; FIRMINO et al., 2015).

Além dos benefícios terapêuticos aos usuários, os serviços farmacêuticos clínicos propiciam ganhos humanísticos. Esses podem ser expressos por melhoria dos perfis de qualidade de vida, assim como uma ampliação da satisfação dos usuários com os serviços de saúde (CORRER et al., 2009b; NASCIMENTO; CARVALHO; ACÚRCIO, 2009).

A terapia medicamentosa e as intervenções de cuidado farmacêutico devem prover não somente a cura, o controle sintomático ou coibir a progressão de determinada enfermidade,

mas também devem contemplar a promoção da qualidade de vida do usuário e família. Os serviços farmacêuticos clínicos, ao prevenir e resolver os PRM, demonstraram ser efetivos para aprimorar a qualidade de vida dos usuários (CORRER et al., 2009b). Dessa forma, há uma relação inversamente proporcional entre a qualidade de vida dos usuários e os PRM (LYRA-JÚNIOR et al., 2007a). No entanto, seria reducionista referir que somente mediante a resolução dos PRM que o farmacêutico poderia contribuir com a emancipação da qualidade de vida do usuário. Dada a complexidade e multidimensionalidade intrínsecas ao conteúdo da qualidade de vida, que inclusive apresenta dimensões subjetivas, o farmacêutico como colaborador da equipe de saúde, ao compreender as necessidades sociais dos indivíduos, poderá propor intervenções resolutivas e contextualizadas, e, dessa maneira, promover o bem-estar do usuário.

Dentro da polissemia da avaliação em saúde, o grau de satisfação dos usuários é um dos indicadores de qualidade nas investigações dos serviços farmacêuticos clínicos (SOEIRO et al., 2017). Consonante a essa proposta, Correr et al. (2009b) e Romeu, Paiva e Moura Fé (2009) observaram que o seguimento farmacoterapêutico resultou níveis superiores de satisfação com os serviços de saúde pelos usuários. Os dados da PNAUM também reportaram satisfação dos usuários com os serviços de assistência farmacêutica da atenção primária (SOEIRO et al., 2017). Contudo, os autores dessa última pesquisa discutem a necessidade de identificar e analisar fatores associados, como, por exemplo, as diferenças culturais, comportamentais e sociodemográficas que afetam a satisfação do usuário, para que o fenômeno efetivamente seja compreendido.

A orientação farmacêutica, seja de forma isolada ou integrada a outro serviço farmacêutico clínico, reforça as competências dos sujeitos para o autocuidado, produz autonomia nos indivíduos e aperfeiçoa a capacidade de condução do tratamento (REIS et al., 2013).

Usualmente não são empregados manuais ou roteiros para nortear a operacionalização da orientação farmacêutica (REIS et al., 2013). Ainda assim, alguns autores apontam que essa atividade pode ser estruturada baseada em alguns referenciais teóricos da educação, como os de Paulo Freire, por exemplo (LYRA-JÚNIOR; MARCELLINI; PELÁ, 2008). Essas experiências discutem que o emprego da filosofia de Paulo Freire faculta a transformação pessoal dos sujeitos e, por consequência, consolida um quadro de ativa participação social nos processos de orientação, educação e elaboração de estratégias eficazes para a produção do

cuidado em saúde. Contudo, cabe ressaltar que esse mesmo modelo, além do caráter educativo, ganha dimensão política, já que na sua gênese problematizadora são abordadas questões como as iniquidades e justiça social, o que endossa, nessa conjuntura, a atuação do farmacêutico como difusor dos valores pautados na participação social.

A distribuição de materiais educativos é outro recurso empregado para reforçar as orientações transmitidas nos serviços farmacêuticos clínicos (ANDRADE et al., 2009; PLASTER et al., 2012). Esses materiais podem conter informações gerais ou específicas, de acordo com as necessidades educativas e de saúde manifestadas pelos usuários. Normalmente esses estão dispostos na forma de material impresso e constitui um importante registro que aperfeiçoa a comunicação das condutas de cuidado ao usuário e família. Por exemplo, no caso do usuário com déficits de memória, as recomendações pactuadas no processo de cuidado farmacêutico poderão ser transmitidas pelos materiais educativos para familiares e cuidadores que eventualmente não puderam comparecer ao atendimento farmacêutico.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

- Investigar como são desenvolvidos os serviços farmacêuticos clínicos da atenção primária do Distrito Federal, Brasil.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Realizar uma análise crítica dos serviços farmacêuticos clínicos desenvolvidos na atenção primária à saúde do Brasil.

- Identificar a frequência de realização dos serviços farmacêuticos clínicos na atenção primária do Distrito Federal.

- Verificar os fatores condicionantes para a execução dos serviços farmacêuticos clínicos na atenção primária do Distrito Federal.

- Revelar os principais temas abordados nas orientações farmacêuticas fornecidas na atenção primária do Distrito Federal.

- Compreender as potencialidades e as fragilidades dos serviços farmacêuticos clínicos na atenção primária do Distrito Federal.

4. MATERIAIS E MÉTODOS

Para realizar a análise de como estão sendo desenvolvidos os serviços farmacêuticos clínicos na atenção primária do Distrito Federal, Brasil, foram trianguladas as metodologias de revisão crítica da literatura, pesquisa quantitativa e qualitativa em saúde.

Recentemente a Secretaria de Saúde do Distrito Federal passou pelo processo de readequação em termos de regionalização e, para a execução deste estudo, foram entrevistados farmacêuticos oriundos de todas as regiões de saúde.

O processo de recrutamento dos participantes do estudo iniciou-se com a solicitação formal por via eletrônica para a Secretaria de Saúde da relação das unidades básicas que possuíam farmacêuticos lotados. Esses dados foram disponibilizados por e-mail pela Diretoria de Assistência Farmacêutica da secretaria mencionada em outubro de 2016, que na época informou a existência de quarenta e nove farmacêuticos alocados na atenção primária. Desses, foi possível estabelecer o contato telefônico em dois casos, dois recusaram participar do estudo e sete estavam de licença médica. Após o aceite dos participantes em cooperar com a pesquisa, foi agendada uma visita nas unidades básicas de saúde correspondentes.

Para o levantamento dos temas e perguntas que seriam abordados no instrumento de pesquisa, em outubro de 2016 foram realizadas entrevistas abertas com quatro farmacêuticos de regiões de saúde distintas (sudoeste, oeste, centro-sul e leste). Após essa fase, o questionário na versão final foi utilizado para a coleta de dados dos demais farmacêuticos (trinta e quatro), entre os meses de dezembro de 2016 a março de 2017. Foram entrevistados farmacêuticos provenientes de todas regiões de saúde: um da leste, quatro da sul, seis da norte, três da centro-norte, seis da centro-sul, cinco da oeste, nove da sudoeste. Destes, seis declararam participar das atividades do NASF, um estava alocado na clínica da família, três em unidades básicas de saúde e trinta em centros de saúde. Nenhuma unidade de saúde contava com mais de um farmacêutico lotado. De cerca de 172 unidades de saúde que compõe os estabelecimentos da atenção primária do Distrito Federal, no momento de realização do estudo, somente 49 contavam com farmacêutico.

Os participantes do estudo consistiu na população de farmacêuticos com experiência na atenção primária do Distrito Federal por um período igual ou superior a seis meses. Não

foram incluídos no rol de entrevistados os profissionais que possuíam experiências na atenção primária, mas que estavam alocados em outros níveis de atenção à saúde no momento da efetuação da pesquisa.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS) sob o número de parecer 1.806.928 (anexo 1); em obediência aos dizeres da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, que aprovou as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos no Brasil (BRASIL, 2012). Ademais, todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (apêndice 3).

4.1 REVISÃO CRÍTICA DA LITERATURA

Para a seleção dos estudos para a elaboração da revisão crítica, foram adotados os descritores combinados da seguinte forma com os operadores booleanos: "*pharmaceutical care*" or "*pharmaceutical services*" and "*primary care*" or "*primary health care*" no *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO). Também foram adotados os descritores acima com o acréscimo do termo "Brazil" na base de dados Pubmed. Ambos *sites* foram acessados em dezembro de 2017.

Para a seleção final dos artigos, a autora realizou a análise dos títulos e resumos segundo os critérios de inclusão: publicados de 2007 a 2017; escritos em inglês, espanhol ou português e estudos conduzidos no Brasil. Foram excluídos os estudos: de revisão de literatura, sem resumos disponíveis nos *sites* consultados, sobre os serviços farmacêuticos clínicos desenvolvidos em outros níveis de atenção à saúde e aqueles cujas intervenções em prol do uso racional de medicamentos não incluíam a participação do farmacêutico.

As informações obtidas nas leituras foram analisadas e organizadas, por meio da codificação auxiliada pelo uso do *software* Nvivo®

4. 2 PESQUISA QUANTITATIVA

Trata-se de um estudo quantitativo e transversal com delineamento descritivo e analítico, no qual foram entrevistados os farmacêuticos lotados na atenção primária do Distrito Federal. Para condução da entrevista foi utilizado um instrumento semi-estruturado (apêndice 1), cuja elaboração se baseou no livro "Cuidado farmacêutico na atenção básica - caderno 1" (BRASIL, 2014a).

Na primeira fase da entrevista, foram questionados aspectos relativos ao perfil do profissional e, na sequência, as perguntas mensuravam a frequência de realização dos serviços farmacêuticos em escala do tipo Likert adaptada com as categorias “nunca”, “raramente”, “frequentemente” e “sempre”. O mesmo instrumento também avaliava a frequência de abordagem dos temas das orientações farmacêuticas. Foram ainda identificadas as características das unidades e equipes de farmácia onde atuavam os farmacêuticos (apêndice 1). Os conteúdos tratados nas perguntas do referido questionário foram previamente levantados nas entrevistas abertas do estudo-piloto.

Além do mais, para investigar a associação dos fatores que possivelmente são condicionantes para a realização dos serviços farmacêuticos clínicos, foram calculados o coeficiente de Pearson¹ e o valor-p no *GraphPad Prism*® v7.0. Foi analisada a variável dependente "média de frequência de realização dos serviços farmacêuticos clínicos" (cujo padrão de respostas variou de 0 a 3) com as variáveis independentes "número de servidores na farmácia", "nível de participação das atividades do NASF" (classificação de 0 a 10), "número de estagiários e residentes", "nível de adequação dos espaços físicos" (classificação de 0 a 10), "nível de apoio recebido pelos gestores e equipe de saúde" (classificação de 0 a 10) (apêndice 1).

As análises dos dados estatísticos ainda envolveram o método de estatística descritiva, que especificou média, desvio padrão e frequência dos parâmetros do processo analítico. Para tanto, os dados foram tratados no software *Statistical Package for Social Sciences*® (SPSS) versão 20.0.

¹ Esse coeficiente nos informa o grau de associação entre variáveis. O seu valor varia de -1 a +1. Quanto maior for a proximidade com +1, maior correlação entre as variáveis investigadas.

4.3 PESQUISA QUALITATIVA

Nessa fase da pesquisa foi adotado o método qualitativo com a técnica de entrevista com roteiro aberto (apêndice 2) com os farmacêuticos atuantes nas unidades básicas de saúde do Distrito Federal.

O instrumento dessa fase da pesquisa foi estruturado a partir da lógica da matriz SWOT (apêndice 2), cujas siglas significam: *Strengths* (forças), *Weaknesses* (fraquezas), *Opportunities* (oportunidades) e *Threats* (ameaças). Essa matriz é uma ferramenta muito utilizada por empresas e instituições na busca por orientações estratégicas (GONÇALVES et al., 2010). Esse instrumento, conhecido também como FOFA no Brasil, facilita a sistematização e a visualização dos pontos fortes (fortalezas e oportunidades) e das fragilidades (fraquezas e ameaças), uma vez que distingue o que é próprio (fortalezas e fraquezas), sobre o qual se tem governabilidade, do que é externo (oportunidades e ameaças), cujas características e particularidades precisam ser reconhecidas (GOMIDE et al., 2015).

Para registrar as narrativas dos farmacêuticos, foram gravados os áudios das entrevistas. Para a publicação dos diferentes discursos dos sujeitos participantes do estudo, foi atribuída a identificação numérica (farmacêutico 1, farmacêutico 2 e assim sucessivamente), para preservar o sigilo das informações.

As informações registradas durante a coleta de dados foram transcritas e analisadas para a identificação e organização das categorias dos discursos. A análise de conteúdo se processou por meio da codificação auxiliada pelo uso do *software* Nvivo®.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 SERVIÇOS FARMACÊUTICOS CLÍNICOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DO BRASIL: UMA REVISÃO CRÍTICA DA LITERATURA

RESUMO

O farmacêutico pode executar importante papel no cuidado ao usuário da atenção primária, ao proporcionar ações emancipadoras de autocuidado, educação em saúde, promoção da saúde, acesso e uso racional de medicamentos. Nesse contexto, este estudo, por meio da revisão crítica da literatura brasileira, objetivou realizar a análise dos serviços farmacêuticos clínicos desenvolvidos na atenção primária à saúde do Brasil. O seguimento farmacoterapêutico é o serviço mais estudado, enquanto que a dispensação e a orientação são as atividades realizadas com maior frequência pelos farmacêuticos da atenção primária. Também é referida pelos estudos a necessidade de maior integração do farmacêutico com o processo de trabalho dos outros profissionais de saúde. Além disso, a literatura demonstra a coexistência, a importância e a multidimensionalidade dos serviços farmacêuticos clínicos na promoção da saúde e do uso racional de medicamentos pela comunidade adstrita.

Palavras-chave: atenção farmacêutica, assistência farmacêutica, atenção primária à saúde.

ABSTRACT

The pharmacist performs an important role in the care of the primary care user by providing emancipatory actions for self-care, health education, health promotion, access and rational use of medicines. In this context, this study, through a critical review of the Brazilian literature, aimed to carry out an analysis of the clinical pharmaceutical services developed in primary health care in Brazil. Pharmacotherapeutic follow-up is the most studied service, whereas dispensing and counseling are the activities most frequently performed by primary care pharmacists. It is also mentioned the need for greater integration of the pharmacist with the

work process of other health professionals. In addition, the literature demonstrates the coexistence, importance and multidimensionality of clinical pharmaceutical services in promoting health and the rational use of drugs by the affiliated community.

Keyword: pharmaceutical care, pharmaceutical services, primary health care.

INTRODUÇÃO

A atenção primária tornou-se uma política fundamental para a Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1978, com a adoção da Declaração de Alma-Ata e a estratégia de "Saúde para todos até o ano 2000" (OMS, 1978). Mesmo com as variações de conceitos atribuídos à atenção primária entre os sistemas de saúde dos diversos países (GIL, 2006), os seus princípios basilares são homogêneos, o que inclui: a universalidade de acesso, a equidade em saúde orientada para a justiça social, a participação social e as abordagens intersetoriais em saúde (OMS, 2017).

Ao longo do tempo, no Brasil, foram obtidos avanços importantes na assistência farmacêutica da atenção primária, com destaque para ampliação do número de farmacêuticos atuantes na coordenação dos serviços e na assistência à saúde dos usuários, assim como a incorporação desses profissionais nos processos de trabalho da estratégia saúde da família, por meio da participação no NASF (BRASIL, 2011a; CARVALHO et al., 2016; NAKAMURA; LEITE, 2016; CARVALHO et al., 2017).

Na atenção primária o farmacêutico desempenha serviços categorizados como gerenciais e clínicos (CARVALHO et al., 2016; ARAÚJO et al., 2017a). Os serviços gerenciais (também conhecidos como “serviços de logística”) se caracterizam como um conjunto de atividades interdependentes, focadas na qualidade e disponibilidade de medicamentos e produtos para saúde, com suficiência e regularidade (BRASIL, 2009; PINHEIRO, 2010; CORRER; OTUKI, SOLER, 2011; BRASIL, 2014a). Estão inseridos nesse contexto as atividades de seleção, programação, aquisição, armazenamento e distribuição (BRASIL, 2009; CORRER; OTUKI, SOLER, 2011; BRASIL 2014; ARAÚJO et al., 2017a; GERLACK et al., 2017).

O cuidado farmacêutico (que possui como sinonímia o termo "atenção farmacêutica") constitui a ação integrada do farmacêutico com a equipe de saúde, cujo foco de intervenção está centrado na promoção da saúde e uso racional de medicamentos pelos usuários (BRASIL, 2014; CFF, 2016; ARAÚJO et al., 2017a; ARAÚJO et al., 2017b). O cuidado farmacêutico pode ser efetuado por meio dos serviços farmacêuticos clínicos, caracterizados pela dispensação, seguimento/acompanhamento farmacoterapêutico, educação em saúde, orientação farmacêutica, conciliação medicamentosa, revisão da farmacoterapia, entre outros (BRASIL, 2014a; ARAÚJO et al., 2017a; ARAÚJO et al., 2017b; CFF, 2016; NDEFO et al., 2017).

Embora a produção científica tenha se dedicado com maior avidez aos estudos dos serviços farmacêuticos desempenhados na atenção primária nos últimos anos, outras demandas ainda estão presentes na agenda de pesquisa em relação a este tema. Para exemplificar, encontra-se a necessidade de estudos de integralização e discussão das informações, de modo que seja averiguado o avanço epistemológico. Nesse sentido, em consonância com os debates contemporâneos do cuidado farmacêutico nas redes de atenção à saúde, esse estudo, por meio de uma revisão da literatura científica, objetivou realizar uma análise crítica dos serviços farmacêuticos clínicos desenvolvidos na atenção primária à saúde do Brasil.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de uma revisão crítica da literatura brasileira, cuja seleção dos estudos iniciou-se com a adoção dos descritores combinados da seguinte forma com os operadores booleanos: "*pharmaceutical care*" or "*pharmaceutical services*" and "*primary care*" or "*primary health care*" no SCIELO. Também foram utilizados os descritores acima com o acréscimo do termo "Brazil" na base de dados Pubmed. Ambos *sites* foram acessados em janeiro de 2018.

Para a seleção final dos artigos, a autora realizou a análise dos títulos e resumos segundo os critérios de inclusão: publicados de 2007 a 2017; escritos em inglês, espanhol ou português e estudos conduzidos no Brasil. Foram excluídos os estudos: de revisão da literatura, sem resumos disponíveis nos *sites* consultados, sobre os serviços farmacêuticos

clínicos desenvolvidos em outros níveis de atenção à saúde e aqueles cujas intervenções em prol do uso racional de medicamentos não incluíam a participação do farmacêutico.

As informações obtidas nas leituras foram analisadas e organizadas, por meio da codificação auxiliada pelo uso do *software* Nvivo®.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A busca no SCIELO, com a adoção dos filtros relacionados com os critérios de inclusão, resultou 129 artigos. Após a análise dos títulos e resumos, segundo os critérios preestabelecidos, foram avaliados e discutidos os dados dos estudos de: Farina e Romano-Lieber (2009); Santos et al. (2010); Helena, Andersen e Menoncin (2015); Nakamura e Leite (2016); Araújo et al. (2017a); Araújo et al. (2017b); Barros et al. (2017); Carvalho et al. (2017); Hipólito-Júnior et al. (2017); Leite et al. (2017a); Leite et al. (2017b); Lima et al. (2017); Luz et al. (2017); Melo e Castro (2017); Melo et al. (2017); Souza et al. (2017).

Já a busca no Pubmed gerou 2.557 resultados com a aplicação dos filtros que restringiram os idiomas (espanhol, inglês e português) e o tempo de publicação (recrutados os estudos publicados nos últimos dez anos). Após a averiguação de títulos e resumos de acordo com os critérios de inclusão e exclusão, foram selecionados os estudos de: Lyra-Júnior et al. (2007a); Lyra-Júnior et al. (2007b); Vieira, Lorandi e Bousquat (2008); Foppa et al. (2008); Lyra-Júnior, Marcellini e Pelá (2008); Andrade et al. (2009); Correr et al. (2009a); Correr et al. (2009b); Nascimento, Carvalho e Acúrcio (2009); Romeu, Paiva e Moura Fé (2009); Provin et al. (2010); Borges et al. (2010); Marques et al. (2011); Obreli-Neto et al. (2011a); Obreli-Neto et al. (2011b); Alano, Corrêa e Galato (2012); Plaster et al. (2012); Aguiar et al. (2012); Sperandio da Silva et al. (2012); Martins et al. (2013); Mourão et al. (2013); Zubioli et al. (2013); Reis et al. (2013); Marques et al. (2013); Obreli-Neto et al. (2015); Firmino et al. (2015); Carazim et al. (2016); Oliveira-Santos et al. (2016). Alguns estudos não foram recrutados nessa base de dados em função de já terem sido recuperados na busca anterior no *site* do SCIELO. Dessa forma, foram discutidos os resultados dos 44 artigos supracitados. Além disso, para subsidiar as discussões, foram confrontados esses dados com outros estudos que tratam de temas relacionados, oriundos de pesquisas nacionais e internacionais.

A análise de conteúdo dos artigos supracitados evidenciou as seguintes categorias de discussão, baseado nos temas mais frequentemente tratados pela literatura: "Os tipos de serviços farmacêuticos clínicos ofertados na atenção primária", "Os contextos interprofissionais de desenvolvimento dos serviços farmacêuticos clínicos na atenção primária" e "A multidimensionalidade do cuidado farmacêutico".

OS TIPOS DE SERVIÇOS FARMACEUTICOS CLÍNICOS OFERTADOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

A maior parte dos estudos brasileiros quando remetem a prática dos serviços farmacêuticos clínicos relacionam a sua operação por meio do seguimento/acompanhamento farmacoterapêutico, caracterizando-o como atividade mais mencionada (LYRA-JÚNIOR et al., 2007a; LYRA-JÚNIOR et al., 2007b; FOPPA et al., 2008; LYRA-JÚNIOR; MARCELLINI; PELÁ, 2008; CORRER et al., 2009a; CORRER et al., 2009b; ROMEU; PAIVA; MOURA FÉ, 2009; PROVIN et al., 2010; OBRELI-NETO et al., 2011a; OBRELI-NETO et al., 2011b; ALANO; CORRÊA; GALATO, 2012; PLASTER et al., 2012; MARTINS et al., 2013; ZUBIOLI et al., 2013; FIRMINO et al., 2015; OBRELI-NETO et al., 2015; CAZARIM et al., 2016). Os serviços de dispensação e orientação farmacêutica foram pouco discutidos (LYRA-JÚNIOR et al., 2007b, ROMEU; PAIVA; MOURA FÉ, 2009; REIS et al., 2013). Já os serviços de conciliação medicamentosa e revisão/avaliação da farmacoterapia não foram citados (ARAÚJO et al., 2017a; MELO; CASTRO, 2017).

Também vale lembrar que a falta de normalização de termos pela literatura dificulta a caracterização dos tipos de serviços farmacêuticos clínicos. Alguns autores citaram que o termo "atenção farmacêutica" é definido como serviço pelos farmacêuticos (ARAÚJO et al., 2017b). Nesse contexto, desde 2002, com a proposição do Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica, houve esforços no Brasil no sentido de padronizar termos e promover os serviços da área (OPS, 2002; FARINA; ROMANO-LIEBER, 2009). Contudo, ainda se observa fragilidades nesse cenário, o que demonstra a necessidade de elaboração de um documento atual que tenha robustez e sustentabilidade na orientação de conceitos, tipificações e classificações no que concerne a filosofia do cuidado farmacêutico e os respectivos serviços clínicos.

Embora o seguimento farmacoterapêutico seja o serviço mais estudado pela literatura brasileira, estudos recentes apontam que outros serviços farmacêuticos clínicos são realizados com maior frequência na atenção primária (FARINA; ROMANO-LIEBER, 2009; NAKAMURA; LEITE, 2016; ARAÚJO et al, 2017a; ARAÚJO et al, 2017b).

Uma publicação demonstrou que o serviço farmacêutico clínico com maior oferta nos estabelecimentos visitados pelo projeto QualiSUS-Rede foi a orientação terapêutica individual ou em grupos (44,5%), seguida pela dispensação (33,5%) e encontrou-se uma baixa frequência de realização do seguimento farmacoterapêutico (7,1%) (ARAÚJO et al., 2017b). Outro estudo discutiu que de uma amostra de 91 farmacêuticos do município de Jundiaí, São Paulo, aproximadamente 80% reportaram realizar a dispensação de medicamentos (FARINA; ROMANO-LIEBER, 2009).

Outro estudo realizado na atenção primária de um município da região sul do Brasil revelou que a dispensação de medicamentos nas farmácias foi a atividade realizada com maior frequência pelos farmacêuticos, seguida da participação em grupos de educação em saúde (NAKAMURA; LEITE, 2016).

Dados da PNAUM revelam que dos 285 farmacêuticos entrevistados, 21,3% afirmaram realizar atividades de natureza clínica. As principais denominações referidas pelos participantes do estudo foram: orientação farmacêutica e atenção farmacêutica. Ainda, o estudo reportou um conjunto de dificuldades para a realização dos serviços farmacêuticos clínicos, como a falta de institucionalização, os problemas estruturais e o excesso de atividades sob responsabilidade do farmacêutico (ARAÚJO et al., 2017b).

Ao contrário dos estudos acima, Luz et al. (2017) discutem que, apesar da maioria dos usuários da atenção primária relatarem poucas informações sobre a utilização de seus medicamentos, nenhum farmacêutico dos quatro entrevistados declarou participar das atividades de dispensação em Divinópolis, município de Minas Gerais.

Embora a literatura discuta com centralidade os resultados oriundos da prática do seguimento farmacoterapêutico, esse não é o serviço farmacêutico clínico mais ofertado na atenção primária do Brasil. Alguns fatores podem ter influenciado o padrão de execução dos serviços farmacêuticos. Por exemplo, alguns farmacêuticos podem optar por operacionalizar com maior frequência a dispensação e a orientação farmacêutica em função de deter maior conhecimento sobre o modo operacional dessas ações, ou por considerá-las com menor

complexidade em termos de recursos necessários para incorporação na rotina laboral (ANDRADE et al., 2009; ARAÚJO et al., 2017b). É claro, outros fatores condicionantes podem estar relacionados e precisam ser investigados, conforme a realidade *in situ* de cada unidade básica de saúde.

Um estudo desenvolveu uma análise comparativa de satisfação dos usuários frente os serviços de farmácias nas quais uma oferecia a dispensação (fornecimento acompanhado de orientação sobre o uso dos medicamentos), outra na qual era executado o seguimento farmacoterapêutico e, por fim, a última que disponibilizava orientações farmacêuticas (ANDRADE et al., 2009). Foram observados maiores níveis de satisfação dos usuários pela farmácia onde foi implantado o programa de seguimento farmacoterapêutico, seguida pela farmácia que realizava sistematicamente a dispensação.

Uma experiência atual conduzida em uma unidade básica de saúde do município de São Paulo, demonstrou que a oferta simultânea de serviços farmacêuticos clínicos, tais como a educação em saúde, a orientação farmacêutica e o seguimento farmacoterapêutico, apresentou resultados estatisticamente significativos para o aperfeiçoamento da qualidade da prescrição e redução do número de medicamentos prescritos aos usuários (MELO; CASTRO, 2017).

Mesmo que alguns estudos façam uma análise comparativa de desempenho entre os serviços farmacêuticos clínicos, mais do que isso, é importante compreender como que esses se relacionam no processo de cuidado ao usuário (OBRELI-NETO et al., 2011a; BLENKINSOPP; BOND, RAYNOR, 2012; MELO; CASTRO, 2017; NDEFO et al., 2017), já que eles coexistem e estão integrados entre si na atenção primária. Para exemplificar o exposto, no desenvolvimento da dispensação, o farmacêutico tem a possibilidade de rastrear os usuários que necessitam do seguimento farmacoterapêutico. Da mesma forma, que no momento que um usuário requerer uma orientação, o farmacêutico pode identificar a conveniência de encaminhá-lo para as atividades de educação em saúde oferecidas nas unidades básicas (AZHAR et al., 2009; NDEFO et al., 2017). As ações coletivas de educação em saúde também são momentos oportunos para convidar os usuários para os demais serviços farmacêuticos clínicos e, assim, possibilitar a oferta de um atendimento singular e individualizado (AGUIAR et al., 2012). A revisão da farmacoterapia, como consiste uma ação que diagnostica a adequação do tratamento medicamentoso dos usuários, além de ser executada como serviço único, é elemento constituinte dos processos de trabalho da dispensação, seguimento farmacoterapêutico, conciliação medicamentosa, entre outros

(BLENKINSOPP; BOND; RAYNOR, 2012). Assim, a literatura atual já reporta a existência simultânea, a importância e a interlocução dos diversos serviços clínicos nos programas de cuidado farmacêutico aos usuários das redes de atenção à saúde (LYRA-JÚNIOR; MARCELLINI, PELÁ; 2008; CAZARIM et al. 2016; MELO; CASTRO, 2017; JAVADI et al., 2016; NDEFO et al., 2017).

OS CONTEXTOS INTERPROFISSIONAIS DE DESENVOLVIMENTO DOS SERVIÇOS FARMACÊUTICOS CLÍNICOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Algumas pesquisas citaram o desenvolvimento e a efetividade dos serviços farmacêuticos clínicos efetuados e/ou apoiados por atores do meio acadêmico, representados por pesquisadores, estudantes de graduação e pós-graduação (LYRA-JÚNIOR et al., 2007a; LYRA-JÚNIOR et al., 2007b; LYRA-JÚNIOR, MARCELLINI E PELÁ, 2008; CORRER et al., 2009b; NASCIMENTO; CARVALHO, ACÚRCIO, 2009; ALANO; CORRÊA, GALATO, 2012; ZUBIOLI et al., 2013; CARAZIM et al., 2016). Outros estudos também investigaram os serviços farmacêuticos clínicos, entretanto, fora desse contexto de suporte (NAKAMURA; LEITE, 2016; LEITE et al., 2017b; ARAÚJO et al, 2017a; ARAÚJO et al, 2017b). Ambas averiguações são importantes, pois endossam as contribuições do cuidado farmacêutico no âmbito da saúde coletiva do Brasil. Não obstante, cabe salientar que a segunda proposta de pesquisa oferece todo um cenário que constrange a realização dos serviços clínicos já que, de forma abrangente, as unidades básicas de saúde possuem um único farmacêutico, que deve desdobrar-se no desempenho de múltiplos serviços, além de desempenhar funções de outros cargos, como os de auxiliares/técnicos de farmácias, que também são escassos no SUS (NAKAMURA; LEITE, 2016).

Também vale lembrar que mesmo com a ampliação do número de profissionais atuantes na atenção primária do país nos últimos anos (CARVALHO et al., 2017; CARVALHO et al., 2018), várias unidades básicas de saúde ainda não contam com a presença do farmacêutico, que, além de demonstrar o descumprimento das normas vigentes (BRASIL, 2014b), restringe o desenvolvimento de serviços pautados nos pressupostos teóricos do uso racional de medicamentos (MELO; CASTRO, 2017).

O farmacêutico, por ter atuação indissociável e interdependente das atividades de outros profissionais da atenção primária, constitui um elo importante para o robustecimento dos trabalhos em equipe (POTTIE et al., 2008; HAZEN et al., 2016). Algumas experiências dos serviços farmacêuticos clínicos são relatadas em formato de consultas sucessivas individuais do farmacêutico com o usuário na própria estrutura das unidades básicas de saúde e, cabe destacar, que ainda são escassas as ofertas desses serviços sob o contexto da estratégia saúde da família (FOPPA et al., 2008; PROVIN et al., 2010; MARTINS et al., 2013).

De um modo geral, ainda é preciso seguir com a expansão e o fortalecimento da participação dos farmacêuticos nos trabalhos multiprofissionais da atenção primária do Brasil, para que sejam plenamente contemplados os conceitos de clínica ampliada e compartilhada (ARAÚJO et al., 2017a). Para tanto, torna-se imperativo endossar a realização desses serviços junto à equipe de saúde nas visitas domiciliares, atendimentos compartilhados nos diferentes equipamentos sociais (como escolas, igrejas, associações de moradores) e discussões conjuntas de casos (POTTIE et al., 2008; BRASIL, 2011a; OBRELI-NETO et al., 2011a; OBRELI-NETO et al. 2011b; MARQUES; GALDUROZ; NOTO, 2011; MARTINS et al., 2013; NAKAMURA; LEITE, 2016; MELO; CASTRO, 2017).

Embora os farmacêuticos possam compor as equipes do NASF, esses profissionais estão presentes em cerca de 40% delas (NAKAMURA; LEITE, 2016). Desse modo, uma maior inserção dos farmacêuticos na composição do NASF fortalecerá a operacionalidade dos serviços clínicos em contextos de trabalhos interdisciplinares e, por consequência, favorecerá a integralidade e a resolubilidade das ações em saúde (NAKAMURA; LEITE, 2016; CARVALHO et al., 2017).

Algumas experiências discutem as dificuldades relacionais que o farmacêutico apresenta ao executar os serviços clínicos. Entre essas, destacam-se a falta de apoio dos gestores e a pouca integração com os processos de trabalho dos demais profissionais de saúde (FARINA; ROMANO-LIEBER, 2009; ARAÚJO et al., 2017a). As experiências normalmente interseccionam os serviços clínicos com as demais áreas, quando há necessidade de intervenção farmacêutica e, dessa maneira, essa lógica coloca a interação multiprofissional como fato ocasional e não como regra (FOPPA et al., 2008; PROVIN et al., 2010; MARTINS et al., 2013; ARAÚJO et al., 2017a).

As literaturas canadenses e australianas já realizaram apontamentos sobre as estratégias que podem ser adotadas pelos farmacêuticos para viabilizar a integração

profissional com a equipe de saúde (DOLOVICH et al., 2008; FARRELL et al., 2008; FREEMAN et al., 2012; JORGENSON et al., 2013a; JORGENSON et al., 2014; TAN et al., 2014). A resistência por parte dos profissionais de saúde e usuários em relação à atuação clínica do farmacêutico pode ocorrer em função do seu papel não estar completamente reconhecido, principalmente quando se trata dos serviços clínicos (JORGENSON et al., 2013; JORGENSON et al., 2014). Portanto, é imprescindível divulgar as atribuições clínicas dos farmacêuticos nas unidades básicas de saúde, o que inclui a participação em reuniões, apresentações orais e até mesmo conversas informais, para fins de ampla comunicação e discussão dos papéis, ilustrando-as do ponto de vista das possibilidades do serviço, bem como as responsabilidades clínicas e sanitárias determinadas e definidas em regulamentos que normatizam sobre a profissão (JORGENSON et al., 2013; CFF, 2013a; CFF, 2013b). Não obstante, a discussão do papel clínico do farmacêutico deve ser periódica, em função da rotatividade de profissionais e usuários nos serviços do SUS.

Além das atividades técnico-pedagógicas constituintes do apoio matricial, Melo et al. (2017) informaram a necessidade do farmacêutico capacitar os auxiliares e técnicos de farmácia para a dispensação de medicamentos e triagem dos casos que necessitam de atendimentos especializados.

Como a demanda de atendimentos é intensa nas unidades básicas de saúde, a integralização dos técnicos de farmácia no processo de trabalho das equipes, permite o encaminhamento qualificado dos usuários para os serviços farmacêuticos clínicos, assim como para as demais ações em saúde (ODUKOYA; SCHLEIDEN, CHUI, 2015; MELO et al., 2017). Ainda assim, é uma tendência atual a qualificação do processo de trabalho dos auxiliares e técnicos de farmácia para além de uma atuação meramente operativo-gerencial, de modo que esses atores sejam colaboradores nos estabelecimentos de fluxos e itinerários de cuidado aos usuários (BENAVIDES; RAMBARAN, 2013; ODUKOYA; SCHLEIDEN; CHUI, 2015; MELO et al., 2017; LIMA et al., 2017).

A MULTIDIMENSIONALIDADE DO CUIDADO FARMACÊUTICO

Além das atividades voltadas para a promoção do uso racional de medicamentos, outros serviços farmacêuticos são realizados interdisciplinarmente com o público atendido na

atenção primária como, por exemplo, as intervenções sobre o tratamento da dependência química, que também inclui as ações em grupos terapêuticos; as orientações/intervenções sobre práticas integrativas e complementares; a oferta de diálogos que informem os usuários sobre os agravos e seus fatores de risco; os esclarecimentos sobre a utilização de recursos terapêuticos na gestação e lactação; entre outras ações. Dessa forma, esse quadro representa a multidimensionalidade da atuação farmacêutica no processo de cuidado ao usuário (LYRA-JÚNIOR et al., 2007a; LYRA-JÚNIOR et al., 2007b; FOPPA et al., 2008; LYRA-JÚNIOR; MARCELLINI, PELÁ, 2008; CORRER et al., 2009a; CORRER et al., 2009b; NASCIMENTO; CARVALHO, ACÚRCIO, 2009; ALANO; CORRÊA, GALATO, 2012; ZUBIOLI et al., 2013; OBRELI-NETO et al., 2011a; OBRELI-NETO et al., 2011b; OBRELI-NETO et al., 2015; CARAZIM et al., 2016; MELO et al., 2017).

Auxiliar as pessoas a enfrentar e até se adaptar as limitações impostas pela enfermidade não é tarefa de simples execução, pois o farmacêutico da atenção primária terá que negociar continuamente com o usuário sobre os diversos aspectos que permeiam os cuidados em saúde, tais como: pactuação de rotinas promotoras de saúde; estimulação à alimentação saudável; cessação do consumo de álcool, tabaco e outras drogas; manejos em prol da automedicação responsável; oposição ao comportamento sexual de risco; adesão às campanhas de vacinação; uso seguro de práticas integrativas e complementares; combate ao sedentarismo; entre outros temas (ALANO; CORRÊA, GALATO, 2012; MARQUES et al., 2011). Desse modo, ultrapassando a visão de que o farmacêutico é o profissional cuja atuação está circunscrita aos medicamentos, não se pode restringir a prática do cuidado com o único objetivo de prover o uso racional dessas tecnologias. Conforme descrito acima, além dos benefícios clínicos e resultados terapêuticos, são múltiplas as possibilidades de contribuição do farmacêutico com o processo de cuidado e promoção da qualidade de vida da população atendida na atenção primária.

A literatura brasileira comumente dialoga os serviços farmacêuticos clínicos da atenção primária e a promoção da saúde como um conjunto de intervenções que objetivam as mudanças do estilo de vida dos usuários (LYRA-JÚNIOR et al., 2007a; LYRA-JÚNIOR et al., 2007b; CORRER et al., 2009a; LYRA-JÚNIOR; MARCELLINI, PELÁ, 2008; MENGUE et al., 2016; ASCEF et al., 2017) . No entanto, deve-se ter cuidado para que os enunciados dos farmacêuticos na prática não estejam marcados por condutas prescritivas e de controle comportamental (MORAES, 2012; SILVA; BAPTISTA, 2015). Ao considerar os indivíduos como exclusivos responsáveis pela sua saúde no modelo biomédico hegemônico,

determinações sociais, políticas e econômicas ficam mascaradas; os gestores e profissionais de saúde são desresponsabilizados e ocorre o fenômeno da “culpabilização do usuário”. Desse modo, a atuação farmacêutica não deve contemplar somente a assistência preventivo-curativa, mas também deve promover a conscientização do usuário sobre os temas transversais à promoção da saúde, como as questões pertinentes as condições de vida e trabalho, o saneamento básico, acesso à água potável e alimentação saudável, entre outros determinantes sociais da saúde (BRAVEMAN; GOTTLIEB, 2014). A partir da compreensão dos aspectos ecossociais e a sua interlocução com a saúde, o usuário poderá exercer com maior engajamento o exercício da participação social para gerar autonomia e ampliar direitos sociais, prerrogativas inerentes à proposta da promoção da saúde na atenção primária (SILVA; PELICIONI, 2013).

A tratativa da adesão à terapia medicamentosa consiste umas das principais intervenções efetuadas no âmbito do cuidado farmacêutico da atenção primária do Brasil (FOPPA et al., 2008; CORRER et al., 2009a; NASCIMENTO; CARVALHO, ACÚRCIO, 2009; PROVIM et al., 2010; AGUIAR et al., 2012; FIRMINO et al., 2015; OLIVEIRA-SANTOS et al., 2016). A abordagem da adesão ao tratamento possui transversalidade com vários temas e deve abranger a compreensão dos fatores biológicos, psicológicos, sociais, econômicos e culturais que estão imersos usuário, família e comunidade, pois a decisão em seguir ou não o tratamento, que inclui tomar ou não o medicamento, engloba aspectos subjetivos e objetivos dos atores envolvidos (FOPPA et al., 2008; FARRELL et al., 2008; TAVARES et al., 2016).

A repercussão social do diagnóstico, o estigma social produzido pela doença, a compreensão das limitações impostas pelos agravos e seus tratamentos, a adaptação da rotina de vida para intensificar o cuidado de si, são fenômenos que devem ser dialogados com os usuários para o desenvolvimento de concepções que fortaleçam a produção em saúde como construção coletiva e colaborativa daqueles que prestam e recebem cuidados. Mesmo que o prescritor selecione a opção terapêutica mais efetiva para o caso, se não houver adesão à terapia medicamentosa pelo usuário, o tratamento não materializará um bem estar biopsicossocial tão apregoado pela filosofia do cuidado farmacêutico (FOPPA et al., 2008; PROVIM et al., 2010; OBRELI-NETO et al., 2011b). Contudo, a adesão ao tratamento é conteúdo transdisciplinar e o referencial teórico consultado discute com centralidade o papel do farmacêutico nessa conjuntura. Logo, mais discussões devem ser desenvolvidas, para evidenciar como o farmacêutico, em contexto de interações multiprofissionais, contribui para

o fortalecimento dos princípios de autocuidado e adesão ao tratamento pelos usuários da atenção primária.

Os estudos apresentaram que os serviços farmacêuticos clínicos possibilitam diversos ganhos aos usuários, como a prevenção e resolução dos problemas relacionados aos medicamentos (PRM), controle de doenças crônicas, melhoria dos resultados clínico-terapêuticos, humanização em saúde, empoderamento e ampliação da qualidade de vida (LYRA-JÚNIOR et al., 2007a; LYRA-JÚNIOR et al., 2007b; FOPPA et al., 2008; LYRA-JÚNIOR; MARCELLINI; PELÁ, 2008; CORRER et al., 2009a; CORRER et al., 2009b; ROMEU; PAIVA; MOURA FÉ, 2009; PROVIN et al., 2010; OBRELI-NETO et al., 2011a; OBRELI-NETO et al., 2011b; ALANO; CORRÊA; GALATO, 2012; PLASTER et al., 2012; MARTINS et al., 2013; ZUBIOLI et al., 2013; FIRMINO et al., 2015; OBRELI-NETO et al., 2015; CAZARIM et al., 2016; TAVARES et al., 2016).

Na operacionalização dos serviços clínicos, embora a tradicional classificação de PRM se oriente principalmente por uma abordagem biologicista, para uma assistência integral, humanizada e efetiva ao usuário, o farmacêutico da atenção primária deve compreender o contexto multicultural, social, educacional, político e econômico das instituições de saúde e comunidade. Isso se justifica pelo fato que os problemas da farmacoterapia e da prática do cuidado constitui frutos de fenômenos sociais das coletividades, dos determinantes das iniquidades em saúde, de como se processam as tramas das relações humanas dos indivíduos, as redes de apoio que lhes são oferecidas, a percepção que a família dispõe sobre o cuidado de si, a perspectiva e a prioridade que é atribuída à saúde, entre outros aspectos (DOLOVICH et al., 2008; FARRELL et al., 2008). Para exemplificar, Foppa et al. (2008) destacaram que no caso do idoso dependente, verifica-se que a família tem papel determinante no processo de cuidar/curar, e, portanto, não pode ser excluída no momento da determinação das intervenções para a resolução dos problemas farmacoterapêuticos e de saúde.

Ademais, Firmino et al. (2015) reportaram que alguns problemas da farmacoterapia são oriundos de entraves gerenciais do SUS. Isso pode ser observado nos casos em que os usuários manifestam problemas de saúde por não fazer o uso de medicamentos que necessitam, em função da oferta irregular desses produtos nas farmácias da atenção primária. Assim, embora os serviços farmacêuticos estejam classificados em gerenciais e clínicos, essas práticas são interdependentes e ambas interferem no desempenho e qualidade da outra.

CONCLUSÃO

Enquanto o seguimento farmacoterapêutico é o serviço mais estudado, a dispensação e a orientação farmacêutica são as atividades clínicas comumente desenvolvidas na atenção primária do Brasil. Escassas discussões informam a prática da conciliação medicamentosa, revisão da farmacoterapia e educação em saúde pelos farmacêuticos das unidades básicas. Também cabe salientar que novos formatos de serviços farmacêuticos clínicos podem ser elaborados e validados por pesquisadores da área, de modo que seja ampliada a oferta e a diversidade de atividades propostas aos usuários.

Embora constitua um excelente avanço a incorporação dos farmacêuticos no NASF, mesmo que parcial, poucos estudos abordam a execução dos serviços clínicos em contextos multiprofissionais, como na estratégia saúde da família, por exemplo.

Destaca-se ainda a importância do farmacêutico inserir no seu processo de trabalho clínico outros profissionais, como os auxiliares e técnicos de farmácia, de modo que a interação seja habitual e sistematicamente incorporada na assistência ao usuário.

A atuação clínica do farmacêutico na atenção primária inclui múltiplas possibilidades e dimensões, o que reforça a sua posição estratégica para a promoção da saúde e uso racional de medicamentos pela comunidade adstrita.

5.2 SERVIÇOS FARMACÊUTICOS CLÍNICOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL: FREQUÊNCIA DE REALIZAÇÃO E FATORES CONDICIONANTES

RESUMO

A assistência farmacêutica corresponde a um conjunto de ações e serviços que objetiva garantir o acesso integral e o uso racional de medicamentos pelas populações. Nesse sentido, esse estudo objetivou identificar a frequência e os fatores condicionantes para realização dos serviços farmacêuticos clínicos na atenção primária à saúde do Distrito Federal, Brasil. Foi realizado um estudo quantitativo, transversal, no qual foram entrevistados trinta e quatro farmacêuticos provenientes de todas as regiões de saúde. Os serviços farmacêuticos clínicos desenvolvidos com maior frequência foram a dispensação, a orientação farmacêutica para os usuários e as atividades técnico-pedagógicas para a equipe de saúde. As orientações farmacêuticas frequentemente informam os usuários sobre os itinerários de acesso aos medicamentos. Há maior frequência de operação dos serviços clínicos pelos farmacêuticos que trabalham em farmácias com infraestrutura física com melhores níveis de adequação, segundo a percepção desses atores, com maior apoio da gestão e da equipe de saúde e mais inseridos nas atividades do NASF. Ainda que seja incipiente a realização dos serviços farmacêuticos clínicos na atenção primária, o estudo suscita dados importantes para reorientação e qualificação dessas ações.

Palavras-chave: atenção farmacêutica, atenção primária à saúde, assistência farmacêutica.

ABSTRACT

The pharmaceutical assistance corresponds to a set of actions and services that aims to guarantee the integral access and the rational use of medicines by the populations. In this sense, this study aimed to identify the frequency and conditioning factors for clinical pharmaceutical services in primary health care in the Federal District, Brazil. A quantitative cross-sectional study was conducted in which thirty-four pharmacists from all health regions were interviewed. The most frequently developed clinical pharmaceutical services were

dispensing, pharmaceutical orientation for users and technical-pedagogical activities for the health team. Pharmaceutical guidelines often inform users about drug access routes. There is a greater frequency of operation of clinical services by pharmacists working in pharmacies with physical infrastructure with better levels of adequacy, according to the perception of these actors, with greater support from management and health staff and more inserted in NASF activities. Although the pharmaceutical clinical services in primary care are incipient, the study raises important data for reorientation and qualification of these actions.

Key words: pharmaceutical care, primary health care, pharmaceutical services.

INTRODUÇÃO

A farmácia, setor elementar das unidades básicas de saúde, é um dos locais mais acessados pelos usuários da atenção primária (BALLANTYNE, 2007; SALTER et al., 2007; TSUYUKI; BERG; KHAN, 2017; HAZEN et al., 2016).

A OMS (2017) aponta dentre as principais funções do farmacêutico da atenção primária o atendimento clínico aos usuários portadores de doenças crônicas não transmissíveis. Contudo, dada as condições epidemiológicas da população brasileira, os atendimentos aos usuários com outros agravos também estão contemplados nesse nível de atenção à saúde. Nesse cenário, ainda são desenvolvidos os programas de saúde para os indivíduos dos diversos ciclos de vida (criança, adolescente, mulher, homem e idoso); o enfrentamento de doenças crônicas transmissíveis (como a tuberculose e hanseníase, por exemplo); o atendimento a outros grupos, como os usuários tabagistas e aqueles acometidos por agravos classificados como causas externas, entre outros (ARAÚJO et al., 2017a; HUGHES et al., 2017; LUI et al., 2017; NASCIMENTO et al, 2017b). Dentro desse contexto, o farmacêutico é responsável por promover diversas ações de cuidado à comunidade adstrita, e, ao interagir com as equipes, propõe intervenções de promoção da saúde e uso racional de medicamentos.

A OPS (2013) definem os serviços farmacêuticos da atenção primária como:

um conjunto de ações no sistema de saúde que busca garantir atenção integral, integrada e contínua às necessidades e aos problemas de saúde da população, tanto no âmbito individual quanto no coletivo, tendo o medicamento como um dos

elementos essenciais, contribuindo para seu acesso equitativo e uso racional. Para tanto, essas ações devem ser desenvolvidas pelos farmacêuticos ou sob sua coordenação, incorporados à equipe de saúde da atenção primária (OPS, 2013).

Os serviços farmacêuticos que estão voltados para o abastecimento de medicamentos e outros produtos para as unidades básicas de saúde são classificados como gerenciais (PINHEIRO, 2010; BRASIL, 2014; PEREIRA; LUIZA, CRUZ, 2015; CFF, 2016; ARAÚJO et al., 2017a). Já aqueles dedicados à promoção da saúde e ao uso racional de medicamentos, diretamente destinados ao usuário, à família e à comunidade, e que estão fundamentados pelo modelo de prática denominado cuidado farmacêutico, são classificados como clínicos (BRASIL, 2014a; PEREIRA; LUIZA, CRUZ, 2015; CFF, 2016; AKERMAN; FREITAS, 2017; ARAÚJO et al., 2017a).

Nesse contexto, esse estudo objetivou identificar a frequência de realização e os fatores condicionantes para execução dos serviços farmacêuticos clínicos na atenção primária do Distrito Federal, Brasil.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo quantitativo, transversal com delineamento descritivo e analítico. Para tanto, foram entrevistados trinta e quatro farmacêuticos lotados nas farmácias das unidades básicas de saúde do Distrito Federal.

Foram entrevistados farmacêuticos com experiência de trabalho na atenção primária do Distrito Federal por um período igual ou superior a seis meses. Não foram entrevistados os profissionais que possuíam experiências na atenção primária, mas que estavam alocados em outros níveis de atenção à saúde.

O processo de recrutamento dos participantes do estudo iniciou-se com a solicitação formal por via eletrônica para a Secretaria de Saúde do Distrito Federal da relação de unidades básicas de saúde que possuíam farmacêuticos lotados. Esses dados foram disponibilizados por e-mail pela Diretoria de Assistência Farmacêutica da secretaria mencionada em outubro de 2016, que na época informou a existência de quarenta e nove farmacêuticos alocados na atenção primária. Desses, não foi possível estabelecer o contato telefônico em dois casos, dois recusaram participar do estudo e sete estavam de licença

médica. Após o aceite dos participantes em cooperar com a pesquisa, foi agendada uma visita nas unidades básicas de saúde correspondentes. O estudo-piloto foi conduzido em outubro de 2016 com quatro farmacêuticos (cuja seleção foi aleatória e cada um fazia parte de região de saúde diferente) e a coleta de dados dos demais (trinta e quatro farmacêuticos) se processou de dezembro de 2016 a março de 2017.

A média de idade dos farmacêuticos foi de $39 \pm 8,1$ anos e 64,7% eram do gênero feminino. A maioria (64,7%) havia cursado especialização. Com relação aos idiomas estrangeiros, 70,4% e 7,4% relataram a conclusão dos cursos de inglês e espanhol, respectivamente. No que tange a formação nas áreas de computação básica e digitação/datilografia, poucos participantes do estudo referiram ter concluído os cursos (14,8%). A maior parte dos farmacêuticos trabalhava na atenção primária por um período de 40 horas (91,2%) e não possuía outro vínculo trabalhista (76,5%). Aqueles que declararam ter outro vínculo, em geral, também atuavam no setor público (75%). De forma global, os farmacêuticos não eram sindicalizados (72,7%) e não participavam dos conselhos de saúde (76,5%) (tabela 1).

Foi adotado um roteiro para coleta de dados (Apêndice 1), cuja elaboração se processou por meio do elenco de serviços farmacêuticos que estão citados no livro "Cuidado farmacêutico na atenção básica - caderno 1" (BRASIL, 2014a).

Na primeira fase da entrevista, foram questionados os aspectos relativos ao mapeamento do perfil do profissional e, na sequência, as perguntas mensuravam a frequência de realização dos serviços farmacêuticos em escala do tipo Likert com as categorias "nunca", "raramente", "frequentemente" e "sempre". O mesmo instrumento também avaliava a frequência de abordagem dos temas das orientações farmacêuticas. Foram ainda identificadas as características das unidades e equipes de farmácia onde atuavam os farmacêuticos (apêndice 1). Os conteúdos tratados nas perguntas do referido instrumento de pesquisa foram previamente levantados nas entrevistas abertas do estudo-piloto.

Além do mais, para investigar a associação dos fatores que possivelmente são condicionantes para a realização dos serviços farmacêuticos clínicos, foram calculados o coeficiente de Pearson e o valor-p no *GraphPad Prism*® v7.0. Foi analisada a variável escalar dependente "média de frequência de realização dos serviços farmacêuticos clínicos" (cujo padrão de respostas variou de 0 a 3) com as variáveis independentes "número de servidores na farmácia", "nível de participação das atividades do NASF" (classificação de 0 a 10), "número

de estagiários e residentes", "nível de adequação dos espaços físicos" (classificação de 0 a 10), "nível de apoio recebido pelos gestores e equipe de saúde" (classificação de 0 a 10) (apêndice 1).

As análises dos dados estatísticos envolveram métodos de estatística descritiva, que especificou média, desvio padrão e frequência dos parâmetros do processo analítico. Para tanto, os dados foram tratados no software *Statistical Package for Social Sciences*® (SPSS) versão 20.0.

O projeto foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa da FEPECS sob o número de parecer 1.806.928; em obediência aos dizeres da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 (BRASIL, 2012) (Anexo 1). Todos os participantes do estudo assinaram o TCLE (apêndice 3).

RESULTADOS

Em relação à frequência de realização dos procedimentos e serviços farmacêuticos gerenciais, aqueles que eram conduzidos com maior regularidade foram: o controle de estoque geral (sempre = 91,2%), a programação de medicamentos e produtos para saúde (sempre = 91%) e o recebimento dos produtos (sempre = 85%). O controle de estoque dos medicamentos da Portaria 344/1998 (sempre = 32,3%), as atividades vinculadas à conservação de tecnologias em saúde, como o monitoramento dos parâmetros de umidade e temperatura (sempre = 44,1%), assim como o descarte (sempre = 48,5%), foram as atividades gerenciais realizadas com menor frequência pelos farmacêuticos (tabela 2).

Quando se analisa a distribuição da frequência de execução dos serviços farmacêuticos clínicos, as atividades mais desenvolvidas foram: a orientação farmacêutica/terapêutica ao usuário (frequentemente = 33,3% e sempre = 45,5%), as atividades técnico-pedagógicas aos profissionais de saúde (frequentemente = 27,3 e sempre = 45,5%) e a dispensação de medicamentos (frequentemente = 42,4% e sempre = 27,3%). Já a conciliação medicamentosa apresentou baixa taxa de operação (nunca = 76,5%) (tabela 2).

Tabela 1 - Perfil dos farmacêuticos da atenção primária à saúde do Distrito Federal, Brasil

Características	N	%
Idade (anos)		
28-32	8	25,8
33-37	8	25,8
38-46	8	25,8
47-54	7	22,6
Sexo		
Feminino	22	64,7
Masculino	12	35,3
Grau de escolaridade		
Graduação	7	20,6
Especialização	22	64,7
Mestrado	4	11,8
Doutorado	1	2,9
Tipo de instituição de ensino superior		
Privada	5	15,2
Pública	28	84,8
Cursos profissionalizantes realizados		
Inglês	19	70,4
Espanhol	2	7,4
Digitação/datilografia	4	14,8
Curso básico de computação	2	7,4
Carga horária		
20 horas	3	8,8
40 horas	31	91,2
Outro vínculo trabalhista		
Sim	8	23,5
Não	26	76,5
Se sim, setor do vínculo trabalhista		
Privado	3	25
Público	9	75
Sindicalização		
Sim	9	27,3
Não	24	72,7
Participação em Conselhos de Saúde		
Sim	6	23,5
Não	26	76,5

Os outros serviços farmacêuticos que entraram em uma classificação à parte e, de um modo geral, são realizados com baixa frequência por esses profissionais, encontram-se: a participação nos estudos farmacoepidemiológicos (nunca = 70,5%, raramente = 23,5%) e a operacionalização das ações de farmacovigilância (nunca = 47% e raramente = 38,2%) (tabela 2).

Os temas que protagonizaram os diálogos construídos entre farmacêuticos e usuários no momento das orientações foram aqueles relacionados ao acesso, seja sobre o procedimento de obtenção de medicamentos na própria atenção primária (frequentemente = 20,6% e sempre = 79,4%), ou nos outros componentes de financiamento da assistência farmacêutica (frequentemente = 26,5% e sempre = 73,5%), bem como o oferecimento de informações sobre

o programa Farmácia Popular (frequentemente = 14,7% e sempre = 85,3%). Já os conteúdos da participação social (nunca = 64,6% e raramente = 17,6%) e judicialização (nunca = 38,2% e raramente = 47,0%) foram fracamente abordados (tabela 3).

Tabela 2. Frequência de realização dos serviços farmacêuticos na atenção primária à saúde do Distrito Federal, Brasil

Serviços farmacêuticos	Nunca n/%	Raramente n/%	Frequentemente n/%	Sempre n/%
Gerenciais				
Gestão da equipe de farmácia	3 (8,8)	2 (6,0)	5 (15,2)	24 (70,0)
Programação	1 (3,0)	1 (3,0)	1 (3,0)	30 (91)
Armazenamento				
Recebimento		1 (2,9)	4 (12,1)	29 (85)
Controle de estoque geral		1 (2,9)	2 (5,9)	31 (91,2)
Controle de estoque de medicamentos da Portaria 344/1998	12 (35,3)	10 (29,4)	1 (3,0)	11 (32,3)
Conservação	7 (20,6)	7 (20,6)	5 (14,7)	15 (44,1)
Descarte	4 (12,1)	9 (27,3)	4 (12,1)	16 (48,5)
Distribuição	3 (8,8)	1 (3,0)	7 (20,6)	23 (67,6)
Clínicos				
Atividades técnico-pedagógicas para a equipe de saúde	2 (6,0)	7 (21,2)	9 (27,3)	15 (45,5)
Conciliação medicamentosa	26 (76,5)	2 (6,0)	2 (6,0)	4 (11,5)
Dispensação	1 (3,0)	9 (27,3)	14 (42,4)	9 (27,3)
Educação em saúde para o usuário	17 (51,5)	3 (9,1)	4 (12,1)	9 (27,3)
Orientação farmacêutica ao usuário		7 (21,2)	11 (33,3)	15 (45,5)
Revisão da farmacoterapia	7 (20,6)	12 (35,3)	8 (23,5)	7 (20,6)
Outros serviços				
Estudos da farmacoepidemiologia	24 (70,5)	8 (23,5)		2 (6,0)
Farmacovigilância	16 (47,0)	13 (38,2)	3 (8,8)	2 (6,0)

Tabela 3. Frequência de abordagem dos temas no ato da orientação farmacêutica da atenção primária à saúde do Distrito Federal, Brasil

Temas	Nunca n/%	Raramente n/%	Frequentemente n/%	Sempre n/%
Administração	1 (3,0)	6 (17,6)	17 (50,0)	10 (29,4)
Acesso na atenção primária			7 (20,6)	27 (79,4)
Acesso em outros componentes			9 (26,5)	25 (73,5)
Acesso a Farmácia Popular			5 (14,7)	29 (85,3)
Armazenamento domiciliar	3 (8,8)	7 (20,6)	11 (32,4)	13 (38,2)
Descarte	1 (3,0)	7 (20,6)	10 (29,4)	16 (47,0)
Judicialização	13 (38,2)	16 (47,0)	2 (6,0)	3 (8,8)
Participação social	22 (64,6)	6 (17,6)	2 (6,0)	4 (11,8)

A análise comparativa das frequências de realização dos serviços farmacêuticos, segundo as diferentes categorias, revela que os gerenciais são aqueles presentes em maior proporção dentro da rotina laboral, com uma média de $1,94 \pm 0,93$. Na sequência, estão os

serviços clínicos com uma média de $1,05 \pm 0,97$ e as demais atividades farmacêuticas com $0,85 \pm 0,81$. Dos trinta e quatro farmacêuticos entrevistados, somente onze declararam executar rotineiramente os serviços clínicos, cuja correspondência é de 32% dos participantes.

Houve associação positiva entre a maior frequência de operação dos serviços clínicos pelos farmacêuticos que trabalhavam em farmácias com infraestrutura física com melhores níveis de adequação ($r=0,72$, $p<0,001$), que possuíam maior apoio da gestão e da equipe de saúde ($r=0,83$, $p<0,001$) e que estavam mais inseridos nas atividades do NASF ($r=0,77$, $p<0,001$). Para as variáveis "número de auxiliares" ($r=0,18$, $p=0,20$) e "número de residentes e estagiários" ($r=0,58$, $p=0,001$) foram encontrados menores índices de correlação.

DISCUSSÃO

O perfil dos farmacêuticos entrevistados neste estudo é similar àquele apontado pela PNAUM e pelo QualiSUS-Rede, onde há predominância de profissionais na faixa etária de 30 a 59 anos, do gênero feminino e escolaridade em nível de pós-graduação *lato sensu* (ARAÚJO et al., 2017b; ARAÚJO et al., 2017b; COSTA et al., 2017a; GERLAK et al., 2017).

Embora o farmacêutico seja profissional estratégico para estimular a população em prol do exercício da participação social na atenção primária - dada a capilaridade das farmácias e, por consequência, maior aproximação com o usuário - (LEITE, 2007; BALLANTYNE, 2007; SALTER et al., 2007; TSUYUKI; BERG; KHAN, 2017), poucos entrevistados são partícipes desse processo nesse nível de atenção à saúde do Distrito Federal. Alguns não compreendiam o sentido da pergunta e a pesquisadora frequentemente informava sobre os conceitos de conselhos e conferências de saúde. Em consonância a esses resultados, também é observada baixa frequência de fornecimento de orientações farmacêuticas aos usuários sobre essa temática. Esse fato chama a atenção por diversas razões e, dentre elas, partindo do pressuposto que a participação social é um princípio basilar do SUS e da atenção primária (OLIVEIRA; DALLARI, 2015; BRASIL, 2017b), a falta de entendimento pelos profissionais contribui para o baixo ativismo político-ideológico desses atores, assim como fragiliza a divulgação do controle social para a comunidade atendida.

Os serviços farmacêuticos gerenciais da atenção primária são representados pelos processos de seleção, programação, aquisição, armazenamento e distribuição (OPS, 2003; BRASIL, 2006a; BRASIL, 2009; PINHEIRO, 2010; BRASIL, 2014a; ARAÚJO et al., 2017b; GERLACK et al., 2017). A seleção no Distrito Federal é conduzida de forma centralizada e definida por uma comissão multiprofissional que estabelece o elenco da Relação de Medicamentos Essenciais (REME-DF). A aquisição também é centralizada e está sob custódia de setores responsáveis da Secretaria de Saúde. Por essa razão, esses dois tipos de serviços gerenciais não fazem parte do escopo de trabalho do farmacêutico que atua na assistência da atenção primária e, conforme abordado por Araújo et al. (2017a), a centralização de ações interfere na participação das atividades por esses profissionais.

Ao ser comparada com todos os serviços farmacêuticos tratados pelo estudo, a programação corresponde a atividade mais desempenhada pelos farmacêuticos da atenção primária do Distrito Federal, juntamente com o controle de estoque de medicamentos e produtos para saúde. Os dados suscitados pelo QualiSUS-Rede também ilustram que a programação é um dos serviços mais desenvolvidos pelos farmacêuticos (ARAÚJO et al., 2017a).

O armazenamento de medicamentos corresponde aos procedimentos de recebimento, conservação, controle de estoque e descarte (OPS, 2003; BRASIL, 2006a; BRASIL, 2009; BRASIL, 2014a). Dentro desse contexto, usualmente os farmacêuticos da atenção primária do Distrito Federal se dedicavam ao recebimento e controle de estoque de medicamentos e produtos para saúde. A atividade de conservação foi conduzida com baixa frequência e uma das razões é a falta de instrumentos para mensuração de parâmetros ambientais nas farmácias, como o termômetro e o higrômetro, em consonância com os resultados encontrados na PNAUM (COSTA et al., 2017c). Alguns farmacêuticos também informaram falta de recursos materiais para o provimento do descarte de medicamentos.

Na época da pesquisa, somente algumas farmácias apresentavam estoque de medicamentos sujeitos a controle especial pela Portaria nº 344/1998 (BRASIL, 1998a), pois ainda estava ocorrendo o processo de descentralização dessas tecnologias entre as unidades das regiões de saúde do Distrito Federal. Logo, isso influenciou a frequência de realização do controle de estoque desses produtos pelos farmacêuticos da atenção primária. Além disso, conforme discutido por Naves e Silver (2005) e Nascimento et al. (2017b), a falta de descentralização e, por consequência, de disponibilidade de medicamentos regulamentados

por essa portaria nas farmácias da atenção primária, dificulta o acesso em algumas localidades do Distrito Federal, o que compromete a integralidade do cuidado. A descentralização do gerenciamento e a oferta dessas tecnologias é algo necessário para melhorar a qualidade assistencial e garantir a integralidade das ações em saúde (NASCIMENTO et al., 2017b).

Os demais serviços farmacêuticos que não entraram na clássica categorização de gerenciais e clínicos, como a condução e colaboração com os estudos farmacoepidemiológicos e as ações de farmacovigilância, são desempenhados com baixa frequência pelos farmacêuticos, excetuando a atividade de gestão da equipe de farmácia. Araújo et al. (2017a) discutiram que o serviço de farmacovigilância foi referido como atividade realizada em um quarto dos estabelecimentos (24,2%) visitados pelo Qualisus-Rede. Outro estudo abordou que menos de 10% de uma amostra de 91 farmacêuticos de um município do estado de São Paulo, realizaram notificações de reações adversas aos medicamentos (FARINA; ROMANO-LIEBER, 2009). Uma possível explicação para a baixa frequência de desenvolvimento dos serviços de farmacovigilância e de farmacoepidemiologia nas unidades básicas de saúde do Distrito Federal, seria a falta de compreensão dos próprios farmacêuticos e dos demais profissionais de saúde sobre a obrigatoriedade e importância dessas ações serem efetuadas. Isso foi percebido quando a pesquisadora indagava aos participantes do estudo e alguns respondiam que não sabiam que essas atividades poderiam ser ofertadas naquele cenário.

A literatura reforça a necessidade da efetiva estruturação da assistência farmacêutica nas redes de atenção à saúde, de modo que seja superada a visão restritiva das suas atividades, que valoriza quase que exclusivamente seu componente logístico de apoio à rede, em detrimento da clínica e da abordagem do indivíduo em sua singularidade sociocultural (ARAÚJO et al., 2008; PEREIRA; LUIZA; CRUZ, 2015; ARAÚJO et al., 2017a). Como reflexo desses apontamentos, os resultados deste estudo ilustram que, além dos farmacêuticos realizarem com maior frequência os serviços gerenciais, somente um terço dos entrevistados referiram efetuar os serviços clínicos com periodicidade. Os dados da PNAUM demonstraram que do total de farmacêuticos entrevistados, 21,4% afirmaram realizar atividades de natureza clínica (ARAÚJO et al., 2017b). Não obstante, em que pese os avanços expressivos desde a postulação das políticas farmacêuticas no Brasil (BRASIL, 1998; BRASIL, 2004; PORTELA et al., 2010; MENDES et al., 2014; ARAÚJO et al., 2017A; BERMUDEZ; BARROS, 2016; GADELHA et al., 2017), cujos princípios e eixos estratégicos estão em processo de

concretização nos últimos anos, os resultados encontrados revelam a incipiência da prática do cuidado farmacêutico na atenção primária.

Se comparados ao seguimento farmacoterapêutico, os serviços clínicos de maior operacionalização na atenção primária do Distrito Federal como a dispensação, a orientação farmacêutica e as atividades técnico-pedagógicas, demandam menor tempo de atendimento, maior praticidade de incorporação na rotina ocupacional e conhecimento mais expressivo de operação por parte dos farmacêuticos (ANDRADE et al., 2009; ARAÚJO et al., 2017a; ARAÚJO et al., 2017b). Assim, esses aspectos podem determinar maior oferta de determinados serviços farmacêuticos clínicos se comparados a outros.

Com resultados similares, os dados do QUALISUS-Rede também discutem que a orientação farmacêutica ao usuário e a dispensação são serviços clínicos comumente oferecidos na atenção primária, com baixa oferta do seguimento farmacoterapêutico (ARAÚJO et al., 2017a). Um estudo discutido por Nakamura e Leite (2016) revelou que a dispensação de medicamentos nas farmácias foi a atividade realizada com maior frequência pelos farmacêuticos das unidades básicas de saúde de uma região do Sul do Brasil.

Resultados similares à realidade brasileira, Merks, Świeczkowski e Jaguszewski (2016) investigaram a percepção dos usuários sobre os tipos de serviços farmacêuticos de uma farmácia comunitária do Reino Unido. O estudo incluiu 103 entrevistados cuja maioria (86,4% dos participantes) declarou como principal atividade farmacêutica a dispensação de medicamentos. Quase metade dos entrevistados (45,6%) relatou que os farmacêuticos forneciam orientações terapêuticas (MERKS; ŚWIECZKOWSKI; JAGUSZEWSKI, 2016).

Os farmacêuticos da atenção primária estão em posição estratégica para disponibilizar orientações de múltiplas naturezas para os usuários (WILLIAMS et al., 2000; SALTER et al., 2007; REIS et al., 2013; HAZEN et al., 2016). Entretanto, embora a literatura trate a orientação farmacêutica/terapêutica como serviço (BRASIL, 2009; ARAÚJO et al., 2017a), conforme descrito pelos participantes, essa é executada como uma ação isolada ou como componente de outros serviços farmacêuticos, o que pode repercutir alta frequência de operação. Isto é, a orientação farmacêutica é elemento integrante e tipo de intervenção presente na prática do seguimento farmacoterapêutico, educação em saúde, dispensação, entre outros (LYRA-JÚNIOR et al., 2007A; LYRA-JÚNIOR et al., 2007B; ANDRADE et al., 2009; BLENKINSOPP et al., 2012; ARAÚJO et al., 2017b).

O CFF (2016) elaborou em um dos seus livros a distinção conceitual entre "procedimentos" e "serviços" farmacêuticos. Os procedimentos farmacêuticos constituem "ações que podem ser realizadas durante a prestação de serviços farmacêuticos, ou fora deles, objetivando contribuir para a prevenção de doenças, a promoção e recuperação da saúde, e para o bem-estar das pessoas" (CFF, 2016). Ao considerar que os procedimentos farmacêuticos compõem o rol operacional dos serviços farmacêuticos, nesse ínterim, a orientação farmacêutica possui função intrínseca de procedimento. Além de que, para configurar-se como serviço, a orientação farmacêutica deveria corresponder a um conjunto de atividades organizadas em um processo de trabalho, e, portanto, deveria ter modelo teórico-operativo definido (CFF, 2016), conforme pode ser encontrado na literatura para os serviços de seguimento farmacoterapêutico e dispensação (ANGONESI, 2008; MOREIRA; BOECHAT, 2009; SOARES et al., 2013). Assim, a reflexão ora exposta propõe que a classificação de orientação farmacêutica possui maior aproximação conceitual de "procedimento farmacêutico" do que de "serviço farmacêutico".

Embora a orientação farmacêutica possua como objetivo precípua aos demais serviços clínicos a promoção do uso racional de medicamentos e do autocuidado em saúde (WILLIAMS et al., 2000; SALTER et al., 2007; BRASIL, 2009; REIS et al., 2013; BRASIL, 2014; HAZEN et al., 2016), na conjuntura dos atendimentos farmacêuticos da atenção primária do Distrito Federal, os aconselhamentos sobre outros temas como administração, armazenamento, descarte, participação social, entre outros; ainda são abordados de forma secundária se comparados à frequência que trata sobre o acesso. Ou seja, o enfoque do acesso aos medicamentos também perpassa as orientações farmacêuticas disponibilizadas no cenário estudado. Segundo os dados da PNAUM, as informações sobre armazenamento também foram menos ofertadas quando comparadas as referentes ao uso, o que pode indicar que os farmacêuticos desconsideram a falta de informação dos usuários sobre os cuidados necessários à preservação da qualidade dos medicamentos (ARAÚJO et al., 2017b). Destarte, é preciso estimular que os diálogos contidos no processo de orientação farmacêutica, de modo que além de abordar a temática do acesso, amplie o seu escopo de ação e sejam discutidos outros conteúdos dentro dos contextos da promoção da saúde e uso racional de medicamentos (VIEIRA, 2007; TAVARES et al., 2016).

A conciliação medicamentosa é descrita como um processo para obtenção de uma lista completa, precisa e atualizada de todos os medicamentos em uso pelo usuário, comparando as prescrições e medicamentos não prescritos (LINDENMEYER; GOULART; HEGELE, 2013;

BRASIL, 2014a; CFF, 2016). Essa atividade é fundamental para a segurança do usuário e atua também para prevenção de erros de medicação, principalmente nos casos em que o indivíduo tem alta taxa de mobilidade entre os níveis de atenção à saúde (CFF, 2016; NASCIMENTO et al., 2017a). Ao considerar que o farmacêutico da atenção primária deve prover continuamente ações de cuidado ao usuário, é essencial que esse ator opere a integralização e avaliação da farmacoterapia vigente, e, portanto, deve incluir na sua análise os medicamentos prescritos pelos profissionais de todos os níveis de atenção à saúde (ARAÚJO et al., 2017a; NASCIMENTO et al., 2017a).

A revisão da farmacoterapia é descrita como uma pedra angular para o gerenciamento dos esquemas terapêuticos contemporâneos (SALTER et al., 2007). Nesse serviço, o farmacêutico avalia todos os parâmetros referentes ao uso de medicamentos pelo usuário, o que inclui a estimativa da necessidade, efetividade, segurança, qualidade e adesão ao tratamento e, caso seja percebida alguma incongruência, o profissional deve propor intervenções (BLENKINSOPP et al., 2012; BRASIL, 2014a).

Mesmo que as concepções expostas acima evidenciem a importância dos serviços de conciliação medicamentosa e revisão da farmacoterapia, esses ainda são realizados com baixa frequência pelos entrevistados. Resultados similares foram encontrados no estudo de Araújo et al. (2017a), que cogitaram como uma possível razão, o pouco conhecimento pelos farmacêuticos sobre esses serviços. Além disso, cabe ressaltar que a literatura brasileira da atenção primária aborda escassamente a importância e os resultados desses serviços, ao contrário de outros países, como a Austrália e o Reino Unido, por exemplo (KRSKA et al., 2001; ZERMANSKY et al., 2002; ZERMANSKY et al., 2006; CASTELINO et al., 2009; CASTELINO et al., 2010).

O seguimento farmacoterapêutico, serviço amplamente estudado pela literatura brasileira, oferece ganhos terapêuticos, possibilita maior satisfação com os serviços de saúde, contribui para a melhoria da qualidade de vida, além de fortalecer as concepções de autocuidado e uso seguro de medicamentos pelos usuários da atenção primária (LYRA-JÚNIOR et al., 2007a; LYRA-JÚNIOR; MARCELLINI, PELÁ, 2008; FOPPA et al., 2008; CORRER et al., 2009a; CORRER et al., 2009b; NASCIMENTO, CARVALHO E ACÚRCIO, 2009; BORGES et al., 2010; PROVIN et al., 2010; CORRER et al., 2011; ALANO; CORRÊA, GALATO, 2012; PLASTER et al., 2012; MARTINS et al., 2013;

ZUBIOLI et al., 2013; HIRSCH et al., 2014; FIRMINO et al., 2015; CAZARIM et al., 2016; BLONDAL et al., 2017; SOEIRO et al., 2017).

As ações de promoção da saúde estão fortemente ancoradas nos pilares da educação em saúde que, por sua vez, proporciona a participação do indivíduo em grupos terapêuticos, favorece o aumento do controle e autogestão de agravos crônicos, transforma a realidade social e política e empodera-o para decidir sobre sua saúde (VIEIRA, 2007; HEIDE et al., 2013; VAN DURME et al., 2014; MALLMANN et al., 2015; EIKENHORST et al., 2017). As atividades de educação em saúde são desenvolvidas por um profissional ou pelos grupos interdisciplinares, nas quais são estabelecidas relações dialógico-reflexivas entre equipes, famílias e usuários, para possibilitar ao público atendido na atenção primária a percepção de participantes ativos na transformação das condições de saúde e vida. Nesse sentido, o usuário deve estar livre para expressar seus pensamentos, opiniões e sentimentos durante as trocas, tornando-o sujeito ativo na formulação de projetos terapêuticos singulares (BRASIL, 2014a; MALLMANN et al., 2015; ARAÚJO et al., 2017b). Além disso, esses processos educativos em saúde em perspectiva grupal fortalece a formação de vínculos entre os indivíduos, o que constitui uma estratégia impulsionadora de coesão social (HEIDE et al., 2013).

Apesar do arcabouço teórico abordar os resultados positivos e os ganhos oriundos da execução da educação em saúde e do seguimento farmacoterapêutico sobre o cenário da saúde coletiva, a baixa frequência de realização desses serviços revela a imprescindibilidade de investigar quais fatores condicionantes estão ausentes e/ou parcialmente presentes na assistência farmacêutica *in loco* (FARINA; ROMANO-LIEBER, 2007). Dessa forma, uma vez revelados os obstáculos a serem superados, os atores sociais envolvidos poderão desenvolver contextos de viabilização desses serviços.

Ademais, a formulação, a validação e a divulgação de modelos teórico-operativos por parte das produções científicas e das instituições de saúde poderão ampliar o conhecimento dos farmacêuticos sobre o perfil, as contribuições e o *modus operandi* de cada serviço clínico, e, dessa maneira, esses profissionais possuirão melhores condições de incorporá-los na sua prática assistencial.

Inspirado na investigação da PNAUM (GERLACK et al., 2017), este estudo objetivou identificar os fatores condicionantes para o desenvolvimento dos serviços farmacêuticos clínicos, enquanto que a primeira pesquisa avaliou esses fatores só que do ponto de vista da gestão da assistência farmacêutica na atenção primária.

Este estudo encontrou maior associação positiva entre os fatores condicionantes "apoio da equipe e dos gestores", "espaço físico apropriado" e "maior nível de participação das atividades do NASF"; a uma frequência mais expressiva de realização dos serviços farmacêuticos clínicos. Alguns fatores condicionantes não puderam ser investigados, como por exemplo, se o fluxo de atendimentos dos usuários por dia nas farmácias das unidades básicas de saúde influenciavam ou não a frequência de desempenho dos serviços clínicos. Isso ocorreu em função da falta de disponibilidade desses dados no cenário estudado.

Além dos apontamentos mais evidentes, de que são intrínsecos ao bom funcionamento dos serviços farmacêuticos as condições objetivas de trabalho, como infraestrutura física adequada e o apoio da gestão e da equipe de saúde (VARGAS, 2016; LEITE et al., 2017; ARAÚJO et al., 2017B; COSTA et al., 2017b), este estudo ainda reforça a posição estratégica do NASF como impulsionador da participação do farmacêutico no processo de cuidado ao usuário. Ou seja, o fortalecimento do processo de integração dos farmacêuticos nos atendimentos compartilhados da equipe da atenção primária é um importante fator condicionante e instrumento viabilizador de serviços compreendidos na filosofia do cuidado farmacêutico (DOLOVICH et al., 2008; FOPPA et al., 2008; POTTIE et al., 2008; FREEMAN et al., 2012; JORGENSON et al., 2013; JORGENSON et al., 2014; TAN et al., 2014; TRINACTY et al., 2014).

CONCLUSÃO

Os serviços farmacêuticos clínicos desenvolvidos com maior frequência foram a dispensação, a orientação farmacêutica para os usuários e as atividades técnico-pedagógicas para a equipe da atenção primária. Há maior frequência de operação dos serviços clínicos nas condições em que os farmacêuticos possuíam infraestrutura física adequada, apoio da gestão e da equipe de saúde e maior inserção nas atividades do NASF. As orientações farmacêuticas aos usuários tratam de maneira prevalente o tema do acesso aos medicamentos.

Ainda que tenha ocorrido a ampliação das atividades individuais e coletivas para a informação sobre medicamentos ao longo dos anos na atenção primária, ainda é incipiente a presença da filosofia do cuidado farmacêutico na prestação de serviços aos usuários das unidades básicas de saúde do Distrito Federal.

5.3 SERVIÇOS FARMACÊUTICOS CLÍNICOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL: UMA DISCUSSÃO A PARTIR DA MATRIZ SWOT

RESUMO

No campo epistêmico, vários estudos demonstram a importância dos serviços farmacêuticos nas redes de atenção à saúde. Não obstante, a literatura ainda aborda de forma incipiente os pontos fortes e as barreiras presentes na prestação desses serviços. Desse modo, este estudo objetivou compreender esses contextos no desenvolvimento dos serviços farmacêuticos clínicos da atenção primária à saúde do Distrito Federal, Brasil. Trata-se de um estudo qualitativo que adotou a técnica de entrevista com roteiro aberto estruturado a partir da lógica da matriz SWOT. Os farmacêuticos reportaram como fraquezas a precariedade e escassez de infraestrutura física, recursos materiais e humanos. Como ameaças foram discutidos a falta de reconhecimento social, descontinuidades das ações governamentais e despreparo do farmacêutico para a prestação dos serviços clínicos. Já em relação aos temas pertencentes às forças e oportunidades, foram elencados os avanços nas proposições e execuções de políticas públicas, ações e programas governamentais, que ampliaram a força de trabalho farmacêutica na atenção primária e que estão impulsionando a realização dos serviços clínicos. Este estudo contribui para a compreensão do cenário de desenvolvimento dos serviços farmacêuticos clínicos, e, por consequência, fornece subsídios para as ações de planejamento, avaliação e qualificação dos serviços de saúde.

Palavras-chave: farmacêuticos, atenção farmacêutica, assistência farmacêutica, atenção primária à saúde, pesquisa sobre serviços de saúde.

ABSTRACT

In the epistemic field, several studies demonstrate the importance of pharmaceutical services in health care networks. Nonetheless, the literature still addresses in an incipient way the strengths and barriers present in the provision of these services. Thus, this study aimed to

understand these contexts in the development of clinical services for primary health care in the Federal District, Brazil. It is a qualitative study that adopted the interview technique with open script structured from the SWOT matrix logic. Pharmacists reported weaknesses as precariousness and scarcity of physical infrastructure, material and human resources. As threats were discussed the lack of social recognition, discontinuities of government actions and lack of preparation of the pharmacist for the provision of clinical services. In relation to the themes belonging to the forces and opportunities, the advances in the propositions and executions of public policies, actions and governmental programs that have expanded the pharmaceutical workforce in primary care and that are driving the delivery of clinical services were listed. This study contributes to the understanding of the scenario of development of clinical pharmaceutical services, and, consequently, provides subsidies for the actions of planning, evaluation and qualification of health services.

Keywords: pharmacists, pharmaceutical care, pharmaceutical services, primary health care, health services research.

INTRODUÇÃO

Muitos avanços foram obtidos na assistência farmacêutica do SUS ao longo do tempo no Brasil, com destaque para ampliação do financiamento, organização e mobilização dos farmacêuticos para o desempenho de serviços voltados aos usuários (NAVES; SILVER, 2005; CARVALHO et al., 2016; PORTELA et al., 2010; BERMUDEZ; BARROS, 2016; GADELHA et al., 2016; ARAÚJO et al., 2017a; CARVALHO et al., 2017; CARVALHO et al., 2018; COSTA et al., 2017b). Não obstante, alguns desafios permanecem, e para a sua plena implementação e avaliação, o conjunto de ações e serviços compreendidos no amplo conceito de assistência farmacêutica ainda se mantêm como objeto de análise das produções científicas.

Constantemente tem sido abordada a importância da prestação de serviços clínicos baseados no postulado teórico do cuidado farmacêutico, de forma que a assistência ao usuário proporcione melhores condições de saúde e vida (JAVADI et al., 2016; ARAÚJO et al., 2017a; ARAÚJO et al., 2017b; BLONDAL et al., 2017; SHAO et al., 2017). Contudo, ao se

tratar da atenção primária à saúde, nível de atenção que deveria ser protagonista da coordenação e prestação de cuidados contínuos aos usuários, poucos estudos se debruçam sobre a análise dos serviços farmacêuticos, o que prejudica o seu devido planejamento, organização, execução, avaliação e aperfeiçoamento (ARAÚJO et al., 2017a).

Além dos eixos macro, meso e de micro gestão, o engendrar saúde possui influência e interfaces diversas, conforme as discussões e contextos abordados nos condicionantes e determinantes sociais da saúde (SOUZA, 2009; BRAVEMAN; GOTTLIEB, 2014). Para além dos muros das instituições gestoras e prestadoras de serviços de saúde, existem as arenas políticas, econômicas e sociais, que se entrelaçam e repercutem na qualidade assistencial (SOUZA, 2009; SCHERER; MENEZES, 2016). Assim, compreender como as fragilidades e as potencialidades intra e extra organização, bem como a averiguação dos contextos que possuem interveniência, propicia uma visão ampliada para o devido planejamento das ações e serviços de saúde.

Embora seja indispensável conhecer o cenário de execução dos serviços compreendidos no conceito de assistência farmacêutica (ABURUZ; AL-GHAZAWI; SNYDER, 2012; GERLACK et al., 2017), iniciativas dessa natureza ainda são escassas no Brasil (ARAÚJO et al., 2017). De acordo com o conjuntura supracitada, ao considerar a importância e a complexidade da implementação do cuidado farmacêutico nas redes de atenção à saúde, este estudo objetivou compreender as fragilidades e as potencialidades presentes no contexto de desenvolvimento dos serviços farmacêuticos clínicos da atenção primária do Distrito Federal, Brasil.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo qualitativo que adotou a técnica de entrevista com roteiro aberto com os farmacêuticos atuantes nas unidades básicas de saúde do Distrito Federal. Recentemente, a Secretaria de Saúde do Distrito Federal passou pelo processo de reestruturação sobre a regionalização e, portanto, para a execução deste estudo, foram entrevistados farmacêuticos oriundos de todas as regiões de saúde.

O processo de convocação dos participantes para a pesquisa iniciou-se com a solicitação por e-mail da relação de farmacêuticos alocados na atenção primária do Distrito Federal para a Diretoria de Assistência Farmacêutica da Secretaria de Saúde. Após a resposta dessa diretoria, houve a tentativa de contato telefônico em três momentos distintos (em termos de datas e horários) com os quarenta e nove farmacêuticos listados. Desses, dois não foi possível estabelecer o contato telefônico, dois recusaram participar do estudo e sete estavam de licença médica.

O estudo-piloto foi conduzido em outubro de 2016 com quatro farmacêuticos (selecionados de forma aleatória) e a entrevista com os demais (trinta e quatro farmacêuticos) se processou de dezembro de 2016 a março de 2017. É importante salientar que no momento do desenvolvimento do estudo, várias farmácias da atenção primária funcionavam sem a presença dos farmacêuticos.

Entraram no critério de inclusão os profissionais que possuíam experiência de farmacêutico na atenção primária do Distrito Federal por um período igual ou superior a seis meses. Não foram entrevistados os farmacêuticos que já atuaram na atenção primária do Distrito Federal, mas que estavam desempenhando as suas funções em outros pontos na rede de atenção à saúde.

O roteiro aberto foi estruturado a partir da lógica da matriz SWOT (apêndice 2), cujas siglas significam: *Strengths* (forças), *Weaknesses* (fraquezas), *Opportunities* (oportunidades) e *Threats* (ameaças) (VAN DURME et al., 2014). Essa matriz é uma ferramenta muito utilizada por empresas e instituições na busca por orientações estratégicas, e estudos recentes apontam a sua valiosa utilidade na avaliação de serviços de saúde (GONÇALVES et al., 2010; VAN DURME et al., 2014). Esse instrumento, conhecido também como FOFA no Brasil, facilita a sistematização e a visualização das potencialidades (forças e oportunidades) e das fragilidades (fraquezas e ameaças), uma vez que distingue o que é próprio (forças e fraquezas), sobre o qual se tem governabilidade, do que é externo (oportunidades e ameaças), cujas características e particularidades precisam ser conhecidas (GOMIDE et al., 2015).

Para registrar as narrativas dos farmacêuticos, foram gravados os áudios das entrevistas. Para a publicação dos diferentes discursos dos participantes do estudo, foi atribuída a identificação numérica (farmacêutico 1, farmacêutico 2 e assim sucessivamente), para preservar o sigilo das informações.

As informações registradas durante a coleta de dados foram transcritas e analisadas para a identificação e organização das categorias dos discursos. A análise de conteúdo se processou por meio da codificação auxiliada pelo uso do *software* Nvivo®. Todos os dados obtidos eram convergentes e foram abordados os temas que possuíam maior frequência (segundo o *software* utilizado) e relevância (conforme apreciação do conteúdo pela pesquisadora)

Os discursos dos participantes do estudo foram organizados conforme o padrão de respostas para cada componente da matriz SWOT. Os enunciados classificados nos eixos de fraquezas e forças são aqueles cujos temas estão sob governabilidade da Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Já as narrativas compreendidas em conteúdos abrangentes nos quais a secretaria mencionada não possui domínio, foram reservados para as sessões das ameaças e oportunidades.

O projeto foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa da FEPECS sob o número de parecer 1.806.928; em obediência aos dizeres da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 (BRASIL, 2012). Todos os participantes do estudo assinaram o TCLE (apêndice 3).

RESULTADOS

A média de idade dos farmacêuticos foi de $39 \pm 8,1$ anos e 64,7% eram do gênero feminino. A maioria (64,7%) havia cursado especialização. A maior parte dos farmacêuticos trabalhava na atenção primária por um período de 40 horas (91,2%) e não possuíam outro vínculo trabalhista (76,5%). Aqueles que declararam ter outro vínculo, em geral, também atuavam no setor público (75%). Todos eram contratados sob o regime estatutário.

FRAQUEZAS

Os farmacêuticos relataram a inexistência ou baixa disponibilidade de consultórios e locais para atendimento aos usuários. Na mesma proporção, foi discutida a escassez de recursos materiais diversos. Também foram reportados problemas com transporte:

Olha, por exemplo: eu não tenho uma sala. Então, eu acho que é importante para ter essa privacidade. O paciente não vai ficar aqui no meio do povo (farmacêutico 19)...

Oriento o paciente sim, mas é no corredor. Não tem lugar para isso (farmacêutico 7).

[...] Às vezes a gente não tem estante! Os armários estão caindo aos pedaços, a gente aqui não tem espaço para colocar um computador, uma entrega informatizada. Como vai arquivar os registros dos atendimentos dos pacientes? [...] Aqui a gente não tem cabeamento de rede, não tem entrada de energia (farmacêutico 20)...

[...] Aqui tem infiltração, rachaduras, móveis antigos. Ou seja, não tem o básico para o estoque, imagina para atender o paciente (farmacêutico 32)?

Recursos materiais? Veja só, não temos ar-condicionado! Isso é coisa rara na secretaria. Alguns colegas não têm e fica com os medicamentos em temperaturas altíssimas e mal tem termômetro para ver! Consultório? Mal tem para os médicos! Imagina para nós (farmacêutico 29)...

Aqui não tem nem internet, então eu trago meu computador e pago uma internet e acesso pelo portal da saúde para estudar os casos. Além de que muita coisa a gente faz, mas não registra (farmacêutico 3).

A gente está sem internet e sem telefone. Eu acho que a gente sempre teve deficiências, mas chegou ao nível máximo. [...] (farmacêutico 15)

Acho que a farmácia precisava de uma impressora colorida, porque não adianta você tratar de um paciente analfabeto de tudo, sem ter cor [...] (farmacêutico 33).

Falta recursos materiais, né... materiais visuais, audiovisuais, que não tem... Aí dificulta fazer palestra para grupo de pacientes, essas coisas [...] (farmacêutico 25).

Para me deslocar nas atividades daqui é sempre com meu carro. Muitas vezes a gente deixa de fazer visita domiciliar por não ter carro (farmacêutico 3).

É a briga que eu tenho com a insulina. Querem carregar a insulina de qualquer jeito. É um produto que se perde rapidinho. Aqui a gente não tem aquelas caixas de transporte, de isopor, para conservar (farmacêutico 5)...

De acordo com os farmacêuticos, ainda persiste o problema do desabastecimento de medicamentos no Distrito Federal:

Eu trabalho na secretaria há cerca de 10 anos. Eu nunca cheguei a, pelo menos, 90% do elenco de medicamentos. Então a gente faz medicina de guerra há muito tempo, né. [...] Eu chego para um médico e falo: “Esse betabloqueador faz interação. Vamos trocar pelo outro!” “Vamos! Boa ideia!” Mas aí, eu não tenho disponível isso, entendeu? (farmacêutico 10).

Além da falta de farmacêuticos nas unidades básicas de saúde, também foi mencionada a baixa quantidade de outros funcionários nas farmácias. Como resultado, a falta de tempo e a sobrecarga com as atividades reduz as possibilidades de prestação dos serviços farmacêuticos clínicos:

Nossa, a secretaria dá um tiro no pé onde não tem (farmacêutico). A gente sabe que, querendo ou não, vai ter medicamento sem gestor... Ela não enxerga o mal que ela faz em deixar material médico hospitalar e medicamento em unidade de saúde sem a nossa supervisão... [...] Nós somos um profissional muito barato para o desperdício e o extravio que se faz aonde não tem. Todo mundo me conta que isso aqui era aberto e todo mundo entrava e pegava. Era pomada, caixa disso, caixa daquilo... (farmacêutico 5).

Eu vejo colegas que na farmácia tem só o farmacêutico. Então ele que tem que controlar estoque, ele que tem que fornecer material [...] É ele que tem que digitar tudo dentro do computador, ele que faz um pedido, ele que programa. Aí como é que você quer que uma pessoa dessa ainda vá fazer cuidado? (farmacêutico 17).

Praticamente tudo o que eu for fazer para o paciente eu preciso começar aqui e acabar em casa. Tenho que estudar os casos lá, fazer as tabelas de horário. O tempo é pouco e é muita coisa só para um farmacêutico. Isso quando eu não tenho que parar tudo para atender no balcão, porque não tem nenhum servidor (farmacêutico 3).

Além da falta de auxiliares e técnicos para trabalhar nas farmácias da atenção primária, os farmacêuticos também reportaram o baixo conhecimento sobre medicamentos por esses profissionais:

Olha só, tudo o que não cabe em outro serviço, põe na farmácia. Auxiliar de portaria, telefonia, serviços gerais, de cargo extinto... Servidor que adoeceu no outro serviço e foi readaptado... Servidor que foi colocado à disposição e a gente pega para não fechar isso aqui... Muitas vezes a farmácia é esquecida. A secretaria já nomeou vários cargos, mas o de auxiliar de farmácia... até agora foram poucos (farmacêutico 22)

Esse negócio de servidor despreparado já deu dor de cabeça. Eu já peguei gente que veio pegar a caixa na farmácia e fizeram uma troca que eu fiquei um mês sem dormir: forneceu glibenclamida no lugar de anticoncepcional! E a pessoa estava tomando! Deu hipoglicemia, foi no centro de saúde [...]Aí disse que foi no momento que começou a tomar o anticoncepcional. Aí eu disse que não tinha nada a ver, porque é mecanismo diferente. Quando fui olhar, ela estava lá com a cartela da glibenclamida. [...] Ela podia engravidar! [...]E eu fiquei sem dormir, porque ela falou: “Se eu engravidar, eu estou com uma prova na minha mão de que foi dispensado. Tô com assinatura do servidor que dispensou. E você vai cuidar do meu filho!” Graças a Deus eu fiquei em paz, ela não engravidou (risos) (farmacêutico 7).

Aqui na farmácia trabalha técnico de enfermagem, técnico administrativo e auxiliar de farmácia. Tirando o pessoal da enfermagem, os demais não são da área. Aquele que tá atendendo é do direito, mas aqui trabalha como auxiliar de farmácia. É uma pessoa muito esforçada, mas não é da área... (farmacêutico 28).

FORÇAS

Um dos fatores abordados pelos entrevistados que está favorecendo o desenvolvimento dos serviços clínicos é a implementação do programa do cuidado farmacêutico, por meio de uma parceria firmada entre a Secretaria de Saúde, o Ministério da Saúde e as instituições de ensino superior:

[...] Eu acho que essa proposta do cuidado farmacêutico [...] O Ministério da Saúde está propondo, com base na experiência de Curitiba. Agora nós vamos ter aqui no Distrito Federa[...] Eu acho que esse é um passo bem importante (farmacêutico 5).

Além da implantação do programa do cuidado farmacêutico, os profissionais também informaram mudanças organizacionais dentro da própria Secretaria de Saúde:

Há mais ou menos um ano e meio a secretaria mudou o olhar dela para o farmacêutico e começou a investir em curso de farmácia clínica. Isso tudo pra gente fazer clínica também. No hospital isso já está mais avançado (farmacêutico 25).

A contratação de mais colegas é uma coisa que a gente pode citar e que é uma coisa muito positiva. [...]As portarias da secretaria, para mim foram grandes avanços (farmacêutico 15).

Segundo os farmacêuticos, as mudanças recentes da gestão da Secretaria de Saúde do Distrito Federal, que priorizou a expansão dos atendimentos inspirados no modelo saúde da família, colaborarão para a ampliação dos serviços clínicos:

Foi publicada a portaria na semana passada, que eu até te falei que vai poder ter tudo em estratégia saúde da família. Nisso também entra o cuidado farmacêutico na atenção básica (farmacêutico 11).

AMEAÇAS

Sobre o contexto educacional, os farmacêuticos indicaram deficiências na formação acadêmica, pouca capacitação e experiências para a execução dos serviços clínicos na atenção primária:

Eu gostaria de me sentir mais tranquila e confiante no que estaria fazendo, porque acaba que a formação acadêmica que eu tive foi muito necessitada disso. Eu acho que quem formou antes de 2002 teve uma deficiência em relação a isso [...] (farmacêutico 1).

[...]Acho que nenhuma universidade forma a gente muito para a prática. Mas a nossa, já sabendo que a realidade de Brasília é a secretaria de saúde, deveria focar mais na atenção primária. Por exemplo, muita coisa que eu faço, gestão de estoque, eu já tenho muita segurança para fazer... Tirando essa parte de gestão, a nossa clínica ainda é muito voltada para o hospital. O meu estágio de farmácia clínica foi todo no hospital. [...]Às vezes a gente tem até experiência, tem conhecimento, mas como oficializar isso? Como criar uma rotina, um fluxo, como arquivar material de paciente? Como abordar ele, a família (farmacêutico 2)?

Os participantes também citaram a falta de reconhecimento social do farmacêutico como profissional do cuidado em saúde. Isso foi discutido ao considerar as percepções dos gestores, profissionais de saúde e comunidade atendida na atenção primária do Distrito Federal:

Os profissionais da atenção básica não têm ideia do que a gente pode fazer. Hoje, eu conversando mesmo com um colega médico, ele ficou surpreso em saber que eu já fiz visita domiciliar. Um enfermeiro que eu tenho muito carinho, que é um colega, ele já virou para mim e falou assim: se eu quisesse trabalhar com atendimento ao paciente, que eu deveria ter feito enfermagem (farmacêutico 17)...

Aqui, por exemplo, a profissional que cuida de diabete mandava todas as pessoas que tinham problema de adesão para a assistente social. [...] Tem um mês que eu descobri isso por acaso. Daí eu falei pra ela: 'Todo esse trabalho com a falta de adesão, as técnicas que podem ser aplicadas, o farmacêutico tem conhecimento. Você pode mandar paciente pra usar e abusar'. Até a assistente social disse: "Nossa, que bom, porque eu não sabia o que fazer com os pacientes. Eu ficava lá orientando mas eu não sabia como trabalhar com ele" (farmacêutica 3).

Porque até então, eles nem sabem, a maioria dos gestores sequer conhece quais são as atribuições do farmacêutico. Eles acham que a gente vai chegar e vai resolver o abastecimento. Eles só vêem a parte de logística. A parte técnica assistencial ninguém conhece e às vezes nem quer (farmacêutico 29).

Às vezes mesmo sem ter farmacêutico, mas a comunidade reconhece farmacêutico pela farmácia. Agora a importância, ela ainda está muito vinculada ao acesso. Então é o seguinte: se eu forneço todos os medicamentos, ok, o farmacêutico é top. Se falta, o farmacêutico já é ruim. Pra eles o farmacêutico só serve para isso. Quem sabe de receita são os médicos (farmacêutico 31).

Os farmacêuticos discutiram a percepção de descaso com os produtos e serviços custeados com o dinheiro público, como fenômeno cultural da comunidade atendida. Ainda foi relatada a influência da visão imediatista dos atendimentos em saúde e o baixo ativismo da comunidade no contexto da participação social:

Hoje mesmo eu mostrei para o pessoal do conselho de saúde e falei: " Um paciente me entregou uma sacola lotada de medicamentos... Muitos blísteres de metformina". Perguntei para o paciente: "Como o senhor pegou isso?" Paciente disse: "É tudo é meu, eu tenho direito, é minha receita." Às vezes o paciente morreu, mas o 'uso contínuo' faz o que ele, o

familiar, continue pegando esse medicamento. Ele pensa: “Uma hora eu vou usar!” E vai pegando, vai pegando.. Mesmo sem usar. De repente, ele tem um mundaréu em casa e aí se toca e fala: “Ah, não vou usar isso para nada.” Esperam vencer e trazem aqui numa sacola (farmacêutico 10).

Fora que acreditam assim: ‘se eu gritar, se eu fizer escândalo, eu consigo as coisas’. No pronto-socorro de um hospital particular você fica duas, três horas, sentado sem quebrar nada. No público, é pegar uma cadeira, quebra o vidro... A pessoa faz aquele escândalo, se sente maltratada, porque ela chegou, ela tem o direito de ter aquela resposta na hora. ‘É só uma perguntinha’. Não entende que, às vezes, tá explicando uma coisa para outro paciente e que se parar, desmancha toda uma linha de raciocínio[...] (farmacêutico 29).

Ou numa visão não da atenção primária, mas sim hospitalocêntrica na cultura, que muitas vezes a própria população fica iludida, que quer sempre ser atendida naquela hora! Agora a população tem que ser educada, ela tem que participar dos conselhos, saber se defender, porque muitas vezes só reclama e não exige do jeito certo dos governantes [...] (farmacêutico 33).

Os farmacêuticos informaram que as oscilações do cenário político-econômico, além de resultar contextos de insatisfação profissional, também gera descontinuidades na prestação de serviços. A falta de representação política da categoria também foi outro fator citado:

Por exemplo, a economia do país, isso afeta sim. Hoje o servidor da saúde, ele está muito chateado, desmotivado, entendeu? Os salários não foram reajustados. Isso porque o governo não cumpriu o que foi determinado juridicamente, porque não tinha dinheiro. Eu meio que estou na contramão nisso, porque eu tô muito assim... pilhado para fazer o cuidado farmacêutico. Mas alguns colegas aqui só vêem como mais um trabalho, mais uma demanda (farmacêutico 7).

O NASF está parado. Não está tendo matriciamento, mas quando tem, a gente participa [...] (farmacêutico 7).

Até um tempo atrás, a gente tinha alguns grupos aqui. Grupo de hipertensos e diabéticos, que eu gostava de dar palestra. Grupo de gestantes também. Por enquanto, está meio parado por causa dessas mudanças políticas (farmacêutico 2).

Eu acho que começa com representação política. Nós não temos. Nosso país é político [...] Porque as mudanças vêm por lei, por portaria. Eu acho que a partir daí, o resto seria um processo como... efeito cascata [...] (farmacêutico 11).

OPORTUNIDADES

As ações de fiscalização, normatização, capacitação, elaboração de políticas públicas, ampliação do financiamento e campanhas de valorização profissional pelos conselhos de classe e Ministério da Saúde, foram os temas abordados como oportunidades pelos participantes do estudo:

A atuação do conselho de farmácia multando os estabelecimentos que não têm farmacêutico, verificando a questão da carga horária, tudo isso eu vejo que contribuiu. Estamos em transição. Agora têm os cursos que eles oferecem também. Fiz um a distância de prescrição farmacêutica (farmacêutico 13).

Então, eu acho que a gente melhorou muito. Porque antigamente o farmacêutico era um ser que ficava no pior lugar do hospital. Hoje não. Farmacêutico já está inserido em muita coisa. Eu acredito que vai valorizar mais ainda, não só na atenção básica, mas em todo segmento da sociedade [...] Essas campanhas de divulgação da profissão pelo conselho... tudo isso ajuda (farmacêutico 27).

Então, agora com essa mudança de visão, inclusive da necessidade de farmacêuticos participarem do NASF, que veio como uma política da atenção primária, isso fez toda diferença. Antes nem era enxergado esse papel do farmacêutico na atenção primária. Algum tempo atrás, ele era profissional do medicamento[...] Mas agora tem um resgate. A atenção primária veio como um modelo, que fez com que ele despertasse mais essa questão do cuidado e do uso racional. Com o tempo acho que a gente vai ser reconhecido (farmacêutico 23).

Colaborar, eu acho que esses avanços de legislações. Políticas públicas que priorizem essa questão inclusive do financiamento. Porque o financiamento é importantíssimo para a assistência farmacêutica (farmacêutico 18).

Os farmacêuticos ainda pontuaram o NASF como espaço promotor de criatividade no desenvolvimento dos serviços clínicos:

Olha, é muito bom trabalhar com o NASF. Aqui eles me apóiam em tudo, somos uma família. Eu e o médico criamos essa horta medicinal aqui no fundo do centro de saúde. Então, toda vez a gente faz oficina, já explica com as plantas daqui (farmacêutico 22).

Como eu sou do NASF, sempre me demandam a explicação de como a população deve guardar os medicamentos. Então, como nós não temos recursos, eu e o pessoal do NASF desenvolvemos essas caixas para guardar medicamentos em casa, tudo com material reciclável. Também usamos materiais que a comunidade traz (farmacêutico 12).

DISCUSSÃO

De forma geral, o perfil dos farmacêuticos entrevistados é similar àquele apontado pela PNAUM, QualiSUS-Rede e outros estudos do Brasil, onde há predominância de profissionais na faixa etária de 30 a 59 anos, do gênero feminino, escolaridade em nível de pós-graduação *lato sensu* e ingresso na administração pública por meio de concurso (FERREIRA; SERRA, 2011; ARAÚJO et al., 2017b; ARAÚJO et al., 2017b; CARVALHO et al., 2017; COSTA et al., 2017a; GERLAK et al., 2017).

A insuficiência de infraestrutura física está presente na maioria das farmácias da atenção primária do Distrito Federal, conforme as percepções dos farmacêuticos entrevistados. Além da escassez de salas, consultórios, equipamentos e mobiliários, observa-se a falta de conservação dos ambientes, o que infringe as normas sanitárias vigentes no país e precariza as condições de trabalho (NAVES; SILVER, 2005; ALENCAR; NASCIMENTO, 2011; MACIEL; SANTOS; RODRIGUES, 2015; LEITE et al., 2017; MARTINS et al., 2017).

A realização laboral exige um conjunto de condições objetivas e subjetivas (PANARI et al., 2012). Dessa maneira, para analisar a viabilidade dos serviços farmacêuticos clínicos, é crucial compreender todos esses contextos e fatores determinantes.

Conforme apontado por Leite et al. (2017), as deficiências de equipamentos destinados a oferta de serviços farmacêuticos sugere dificuldades de entendimento, por parte de gestores e profissionais, da farmácia como espaço de produção em saúde que deve prezar pelo acolhimento ao usuário. Além disso, esse mesmo contexto ilustra o descumprimento do princípio da humanização, já que a falta de ambientes saudáveis, tanto para os trabalhadores quanto para os usuários, reduz a confortabilidade na construção de vínculos entre os atores envolvidos (CUBAS et al., 2017; ARAÚJO et al., 2017b; MARTINS; LUZIO, 2017; LEITE et al., 2017).

Ademais, a falta de infraestrutura mínima prejudica a conservação e organização das tecnologias em saúde, o que pode resultar desvios de qualidade técnica, insegurança e inefetividade (WONDIMU et al., 2015; MARTINS et al., 2017; ARAÚJO et al., 2017b). Quanto à situação sanitária dos medicamentos, as visitas às farmácias da atenção primária do Distrito Federal revelaram condições inadequadas de armazenamento em um amplo conjunto de requisitos imprescindíveis à conservação, cujos resultados são similares aos resultados de Costa et al. (2017c).

A falta de tecnologias da informação e equipamentos correlatos, materializada na ausência ou fornecimento intermitente de *internet*, sistemas informatizados, recursos de telefonia, equipamentos para impressão de arquivos, entre outros, compromete o desenvolvimento das intervenções farmacêuticas, a elaboração e disponibilidade de materiais educativos, a comunicação com outros profissionais de saúde e usuários, entre outros. Dessa forma, para o provimento dos serviços farmacêuticos clínicos na atenção primária do Distrito

Federal, há necessidade de adequação dos ambientes e de investimento em múltiplos recursos (DUNLOP; SHAW, 2002; FARINA; ROMANO-LIEBER, 2009).

Dados da PNAUM informam a grande presença de sistemas informatizados para a gestão da assistência farmacêutica nos municípios, o que não era observado em outras épocas (COSTA et al., 2017b; GERLACK et al., 2017). Por outro lado, além do desafio pontuado por esses autores, que é a falta de integração entre os sistemas de diferentes serviços de saúde, é fundamental a disponibilidade de ferramentas informatizadas voltadas para a operacionalização do cuidado farmacêutico. Ter acesso às bases de dados que possibilitam o raciocínio clínico nas revisões da farmacoterapia, ao sistema de prontuários com múltiplas funcionalidades, além de recursos como impressora e outros dispositivos, são fundamentais não somente em termos de operação dos serviços farmacêuticos clínicos, mas também proporcionam o registro e a avaliação dos resultados das intervenções (ARAÚJO et al., 2017b). A falta da prática do registro dos serviços farmacêuticos clínicos exclui um componente necessário para o exercício do cuidado, além de dificultar o planejamento, avaliação e qualificação das ações (OPS, 2002; FARINA; ROMANO-LIEBER, 2009; ARAÚJO et al., 2017b).

A farmácia da atenção primária é um centro intercambiador cujas possibilidades de interação com outros profissionais e usuários supera a geografia do seu próprio espaço físico (MENDES et al.; 2014). Assim, integrar o farmacêutico nas atividades de cuidado da atenção primária é pedra angular para o funcionamento, resolubilidade e aprimoramento da assistência à saúde (DOLOVICH et al., 2008; FOPPA et al., 2008; POTTIE et al., 2008; FREEMAN et al., 2012; JORGENSON et al., 2013; JORGENSON et al., 2014; TAN et al., 2014; TRINACTY et al., 2014; LUI; HA; TRUONG, 2017; TSUYUKI; BERG; KHAN, 2017). Logo, deslocar-se entre os equipamentos sociais da comunidade para a realização das atividades de educação em saúde, fazer as visitas domiciliares, entre outras funções, fazem parte do exercício dos serviços farmacêuticos clínicos. A precariedade na oferta de um serviço de transporte eficiente interrompe não somente a cadeia de abastecimento de tecnologias na unidade, mas também torna tênue a oferta de cuidados contínuos aos usuários, especialmente quando se trata na perspectiva de atendimentos compartilhados pela estratégia saúde da família (FOPPA et al., 2008; LUI; HA; TRUONG, 2017).

As atividades gerenciais e clínicas estão intrinsecamente associadas (ARAÚJO et al., 2017a). A indisponibilidade de tecnologias prejudica a seleção do melhor esquema

terapêutico segundo as necessidades de saúde dos usuários. Desse modo, frequentemente, as intervenções farmacêuticas se debruçaram em resolver os problemas farmacoterapêuticos priorizando o parâmetro "necessidade", isto é, selecionar o medicamento conforme o que se tem padronizado e em estoque, enquanto que o parâmetro "efetividade" pode ficar subestimado (NASCIMENTO et al., 2017b).

Os serviços farmacêuticos clínicos, cujo modo de operação é diferente de um para o outro, possuem diferentes níveis de complexidade e densidade tecnológicas. São necessárias tecnologias classificadas como "duras", como os medicamentos, os equipamentos (para monitorização de parâmetros bioquímicos e fisiológicos, por exemplo), as máquinas, e que encerram trabalho morto, fruto de outros momentos de produção; "leve-duras", que compreendem todos os saberes bem estruturados no processo de saúde, são as normas, os protocolos, os conhecimentos produzidos em áreas específicas do saber, caracterizam-se por conterem trabalho capturado, porém com possibilidade de expressarem trabalho vivo; e as "leves", que se referem às tecnologias de relações, produção de comunicação, acolhimento e vínculos, que são produzidas no trabalho vivo em ato e condensam em si as relações de interação e subjetividade (MERHY, 2002; FERRI et al., 2007; SILVA; ALVIM; FIGUEIREDO, 2008; COELHO; JORGE, 2009).

As tecnologias duras foram aquelas que os farmacêuticos imediatamente recordavam-se, como a escassez de consultórios, medicamentos e recursos materiais. Já a menção aos outros tipos de tecnologias, como as leve-dura e leve, se processou de forma indireta e em menor escala. Essas foram tratadas quando os farmacêuticos abordaram as deficiências da formação acadêmica, o pouco conhecimentos na área e de habilidades para se relacionar com os atores do processo de cuidado em saúde.

Ao se fazer um resgate na história da farmácia, o farmacêutico, cujo papel tradicional foi desenvolvido pelo boticário, preparava, vendia e fornecia orientações sobre os medicamentos para os seus pacientes. Para esse profissional, também era comum a prescrição de medicamentos (VIEIRA, 2007). Isto é, o farmacêutico detinha sentimentos e comportamentos de responsabilidade com a comunidade atendida, e, portanto, desenvolvia conhecimentos e habilidades relacionais para propor as suas intervenções. Assim, essa reflexão histórica demonstra que os serviços eram desenvolvidos na farmácia como um todo, em um ambiente com acessibilidade e acolhimento, no qual eram explorados os recursos tecnológicos disponíveis para a melhoria da situação de saúde dos usuários.

Ao passo que o consultório garante a privacidade dos indivíduos nos atendimentos, se for considerada a existência de um único farmacêutico, esse deslocamento físico retira-o da sua posição estratégica de profissional prontamente disponível à população nos demais espaços físicos da farmácia. Dessa forma, longe de subestimar a importância dos serviços farmacêuticos clínicos praticados dentro do consultório, a reflexão ora exibida endossa a indispensabilidade de reconhecer a importância e manutenção dos demais serviços que são executados em outros cenários, como aqueles que são prestados nos atendimentos compartilhados com a equipe de saúde nos diversos espaços sociais, nos ambientes das farmácias, entre outros.

É reducionista o pensamento contemporâneo que privilegia o termo tecnologia como sendo um conjunto de instrumentos materiais de trabalho (FERRI et al., 2007; SILVA; ALVIM; FIGUEIREDO, 2008; COELHO; JORGE, 2009). Neste sentido, a tecnologia se expressa por seus desdobramentos materiais e não-materiais na produção dos serviços de saúde (COELHO; JORGE, 2009). Dessa forma, os serviços farmacêuticos da atenção primária devem incluir diversas tecnologias de maneira adequada e, deve-se adotar e valorizar as tecnologias leves no trabalho em saúde, de modo que os atendimentos sejam permeados pelos processos de acolhimento, vínculo e atenção integral como gerenciadores das ações de saúde, sem prejuízo da assistência que requer tecnologias materiais.

Semelhante aos resultados deste estudo, a literatura nacional e internacional reporta como principais motivos alegados pelos farmacêuticos para não realizar os serviços clínicos: a falta de espaço físico e tempo, recursos humanos insuficientes nas farmácias, a ausência de formação/treinamento específico, entre outros (DUNLOP; SHAW, 2002; KRITIKOS; REDDEL; BOSNIC-ANTICEVICH, 2010; ABURUZ; AL-GHAZAWI; SNYDER, 2012; OKONTA; OKONTA; OFOEGBU, 2012; ARAÚJO et al., 2017b).

Há diferenças nos processos de formação, credenciamento e atuação dos técnicos de farmácia entre os países (BENAVIDES; RAMBARAN, 2013; MELO et al., 2017). O escopo de ação também pode variar, mas no geral, os auxiliares e técnicos atuam no suporte das atividades que não são privativas dos farmacêuticos (BENAVIDES; RAMBARAN, 2013; LIMA et al., 2017).

Na atenção primária do Distrito Federal, basicamente trabalham com os farmacêuticos os técnicos de enfermagem, os técnicos administrativos e os auxiliares de farmácia. Os primeiros, são os únicos profissionais que precisariam apresentar uma formação específica na

área de saúde para participar do processo seletivo, por meio de concurso público. Segundo os dados da PNAUM, a força de trabalho nas unidades de dispensação de medicamentos da atenção primária é composta predominantemente por técnicos ou auxiliares de enfermagem (CARVALHO et al., 2017).

Já os demais cargos que trabalham nas farmácias da atenção primária do Distrito Federal, os técnicos administrativos e auxiliares de farmácia, são das carreiras de ensino médio e fundamental, respectivamente, e, portanto, são compostos por trabalhadores que podem apresentar formação heterogênea daquela necessária para o exercício laboral no setor. Assim, é imprescindível que seja revista, por parte dos órgãos gestores, a dispensabilidade de formação específica para pleitear o cargo público nas farmácias do SUS. Ocorreu nos últimos anos a expansão da oferta de cursos técnico e auxiliar de farmácia no Brasil, e à medida que for exigido esse tipo de formação nos processos seletivos, serão minimizadas as possibilidades de contratação de trabalhadores que não dispõem de capacitação e conhecimento mínimos para atuar na área. Além do mais, a presença e a atuação do farmacêutico em carga horária semanal de 40 horas na atenção primária, contribui para que este profissional possa orientar e/ou capacitar os técnicos e auxiliares de farmácia (LIMA et al., 2017).

Sobre os recursos humanos, em um primeiro momento, os farmacêuticos informaram deficiências na quantidade de trabalhadores das farmácias da atenção primária do Distrito Federal para os diversos cargos. Contudo, na sequência, os mesmos reconheceram os esforços governamentais da Secretaria de Saúde do Distrito Federal no sentido de ampliar a força de trabalho nas farmácias da atenção primária. Carvalho et al. (2017) destacaram que entre 2008 e 2013, o número de farmacêuticos cadastrados nas unidades básicas de saúde cresceu 75% no país. Foram citadas como razões a esse fenômeno: a criação e implantação do NASF, o crescimento da assistência farmacêutica no SUS e a incorporação dos farmacêuticos como coordenadores e prestadores de todas as atividades relacionadas à cadeia dos medicamentos (CARVALHO et al., 2017; CARVALHO et al., 2018). Não obstante, diante de um cenário de reconhecimento dos avanços da força de trabalho das farmácias da atenção primária, desafios ainda estão presentes, como a ausência de farmacêuticos em algumas unidades básicas do SUS (PEREIRA; FREITAS, 2008; GERLACK et al., 2017).

No que tange as questões educacionais da categoria, mesmo que alguns farmacêuticos não se sentissem aptos, esses atores salientaram iniciativas governamentais de capacitação na área clínica, bem como reportaram as mudanças nas diretrizes curriculares para os cursos de

farmácia que, desde 2002, propõem a formação generalista (BRASIL, 2002b). Em 2017 foi publicada uma nova versão das diretrizes, que além de manter a formação generalista, incluiu no corpo do texto o eixo "cuidado em saúde", onde há descrições de uma série de serviços clínicos que esse profissional deve estar capacitado para exercer, tais como: o rastreamento em saúde, a educação em saúde, o manejo de problemas de saúde autolimitados, a monitorização terapêutica de medicamentos, a conciliação medicamentosa, a revisão da farmacoterapia, o acompanhamento farmacoterapêutico, a gestão da clínica, entre outros (BRASIL, 2017a).

Nesse contexto, é preciso ressaltar a necessidade de priorizar a alocação de servidores em qualidade e quantidade nas farmácias das unidades básicas de saúde do Distrito Federal. Mais do que lotar um farmacêutico por unidade, devem ser promovidos investimentos gerais na instalação de recursos humanos de forma sustentável, não somente para suprir todo o horário de funcionamento das farmácias, mas para assegurar que os serviços lá instalados sejam qualificados segundo as necessidades da comunidade (BRASIL, 2014a; CARVALHO et al., 2016; CARVALHO et al., 2017).

Os princípios da legalidade e legitimidade da administração pública tecem que a deliberação das intenções de governo, em prol dos interesses coletivos, devem estar definidos e pautados em regulamentos (SILVA, 2012). Nesse contexto, no campo da atenção primária, a criação e a implementação dos dizeres das políticas públicas proporcionaram diversas conquistas, como a proposição da estratégia saúde da família e do NASF (PINTO et al., 2014; BRASIL, 2014a; BRASIL, 2017b). Por consequência, esses fenômenos, ao incentivar os trabalhos multiprofissionais no modelo da promoção da saúde e atendimento humanizado, incentivam a operação dos serviços farmacêuticos clínicos e a criação de ambientes favoráveis às intervenções farmacêuticas criativas e singulares (BRASIL, 2014a; SCHERER; MENEZES, 2016).

A palavra "devir", costumeiramente empregada nas publicações de natureza filosófica, exprime o sentido das mudanças constantes que afetam o estado dos fenômenos. Isto é, ser algo constitui fruto de transformações contínuas, o que contrapõe a visão de imutabilidade dos processos (SOARES et al., 2016). Nesse sentido, essa reflexão representa a ressignificação do papel e da prática do farmacêutico, que migra da lógica de profissional do medicamento, para a concepção de prestador de cuidados em saúde (PEREIRA; FREITAS, 2008).

Alguns entraves para o desempenho laboral dos serviços farmacêuticos clínicos são frutos de como se processam as relações profissionais, de como se estabelecem as tramas das relações de poder-saber, de como os prestadores de serviço reconhecem o papel do outro componente da equipe. As concepções do labor do outro profissional podem ser reconhecidas formalmente, por oficialização do rol de atribuições de um determinado cargo, mas também são determinadas culturalmente. No campo do cuidado ao usuário da atenção primária, território de prática transversal às diversas categorias profissionais, há uma arena que reflete o pouco conhecimento sobre a contribuição do cuidado farmacêutico na assistência à saúde (KHAN et al., 2015).

No imaginário coletivo dos usuários sobre os atendimentos em saúde é hegemônica a visão médico-curativista, como resultado de concepções atreladas ao paradigma biomédico-hospitalocêntrico (ALMEIDA-FILHO, 2010). Para além dos efeitos do modelo flexneriano sobre a formação profissional em saúde (PAGLIOSA; ROS, 2008), também é possível depreender um contexto de influência dessa lógica sobre os modos como a população concebe e se relaciona com os serviços de saúde.

A visão de descaso associada aos serviços públicos concorre para o *status quo* de violência simbólica, aquela que é naturalizada e perpetrada na linguagem, comportamentos e práticas relacionais dos sujeitos, cuja invisibilidade imputa a percepção de que é algo natural a ser reproduzido (ZIZEK, 2009). Isto é, alguns usuários propagam inconscientemente comportamentos reacionários, talvez como um recurso de enfrentamento frente o contexto de precariedade das instituições e serviços, o que fragiliza a construção de vínculos e co-responsabilidades com os profissionais de saúde.

Ainda que os participantes do estudo discutissem a falta de reconhecimento por parte de diversos atores sociais - gestores, profissionais e comunidade - , foram mencionados avanços nos últimos anos no Brasil, em termos de políticas públicas, programas e ações governamentais, como ferramentas estratégicas para a reversão desse quadro. Ainda que esses progressos sejam expressivos, ainda persistem desafios para institucionalização, estruturação e aprimoramento dos serviços farmacêuticos clínicos, mantendo-os no cerne das discussões acadêmicas (BARROS et al., 2017; COSTA et al., 2017a).

As ações dos conselhos de classe que representam a categoria, seja na formulação de normas, ações de fiscalização e proposição de campanhas publicitárias, foram outras oportunidades encontradas no eixo da valorização e ressignificação da prática profissional.

Com similitude, a literatura propõe que também sejam operacionalizados mecanismos de divulgação dos serviços clínicos pelo Estado e pelos próprios farmacêuticos (BALLANTYNE, 2007; DOLOVICH et al., 2008; JORGENSON et al., 2013; JORGENSON et al., 2014).

Mesmo diante dos avanços oriundos da proposição e execução das políticas públicas, também foi citado pelos farmacêuticos o contexto de ambivalência do segmento político, que devidas as descontinuidades das atuações governamentais, abranda a consecução e o seguimento dessas ações (BRASIL, 2004; MENDES et al.; 2014; BRASIL, 2015; COSTA et al., 2017a; GERLACK et al., 2017; GADELHA et al., 2016).

Outrossim, foi salientada a necessidade dos farmacêuticos se mobilizarem enquanto categoria, de forma que o ativismo político-ideológico possa resultar maior disponibilidade, manutenção e qualificação dos serviços clínicos no SUS e, nessa conjuntura, destaca-se a importância desse ator no exercício da participação social (VIEIRA, 2007; LEITE, 2007).

CONCLUSÃO

De acordo com o cenário exposto, os discursos dos participantes revelaram um quadro sistêmico de subjugação de elementos basilares para a prestação de serviços farmacêuticos clínicos no âmbito da Secretaria de Saúde do Distrito Federal. O contexto de inconsistência é representado pelo desprovimento de recursos materiais e humanos na atenção primária, que, obviamente, não afeta somente a qualidade do atendimento na perspectiva do cuidado farmacêutico, mas é fenômeno prejudicial e possivelmente transversal aos demais serviços de saúde.

Existem diferentes carências de tecnologias em saúde na prestação dos serviços clínicos, tanto no que se refere a falta de abastecimento de medicamentos, até mesmo deficiência na formação, habilidades e interações multiprofissionais.

São irrefutáveis os avanços na assistência farmacêutica do Distrito Federal nos últimos anos, mas, conforme apontado pelos farmacêuticos, alguns problemas permanecem, como a precariedade de infraestrutura física, de recursos materiais e humanos diversos.

Foram citadas a falta de reconhecimento social e valorização dos serviços farmacêuticos clínicos pela comunidade adstrita e equipe de saúde. Entretanto, os farmacêuticos acreditam que a implantação das diretrizes das políticas públicas em saúde e as ações governamentais, a longo prazo, atuarão como instrumentos estratégicos para ressignificação da prática profissional, em prol do fortalecimento e maior execução dos serviços clínicos.

Todo e qualquer processo de trabalho sofre ingerência do meio onde está introduzido, bem como da organização das relações sociais entre os indivíduos, relações que implicam, por sua vez, uma divisão complexa, social e técnica do trabalho. Não obstante, a prática dos serviços farmacêuticos clínicos à comunidade da atenção primária é resultado de um cenário maior, objeto de decisões políticas, econômicas e sociais. Assim, é impossível realizar um diagnóstico desses serviços sem compreender como que os fenômenos externos e alheios às organizações de saúde influenciam no ponto final da cadeia assistencial. Nesse sentido, este estudo traz importantes contribuições, já que utiliza a matriz SWOT para nortear a investigação do contexto de desenvolvimento desses serviços na atenção primária do Distrito Federal.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A triangulação dos métodos quantitativo, qualitativo e de revisão da literatura, auxiliou na compreensão epistemológica sobre o contexto de desenvolvimento dos serviços farmacêuticos clínicos da atenção primária do Distrito Federal.

Enquanto o seguimento farmacoterapêutico é o serviço mais estudado, a dispensação e a orientação farmacêutica são as atividades clínicas comumente desenvolvidas na atenção primária do país. Escassos debates abordam a prática da conciliação medicamentosa, revisão da farmacoterapia e educação em saúde pelos farmacêuticos.

Na atenção primária do Distrito Federal, há maior frequência de operação dos serviços clínicos nas condições em que os farmacêuticos percebiam melhor nível de adequação de infraestrutura física, recebiam maior apoio da gestão e equipe de saúde e apresentavam maior inserção nas atividades do NASF.

Embora constitua um excelente progresso a incorporação e a atuação clínica dos farmacêuticos no NASF, são escassas as iniciativas dos serviços clínicos em contextos multiprofissionais.

Para além das questões pertinentes ao uso dos medicamentos, o exercício clínico do farmacêutico na atenção primária inclui múltiplas possibilidades e dimensões, o que reforça a sua posição estratégica na promoção da saúde da comunidade atendida.

Mesmo com a ampliação das atividades voltadas ao uso racional de medicamentos ao longo dos anos, ainda é incipiente a presença da filosofia do cuidado farmacêutico na prestação de serviços aos usuários nas unidades básicas de saúde do Distrito Federal. Até mesmo a orientação farmacêutica, que é caracterizada como atividade que objetiva o uso seguro dos medicamentos, o seu foco majoritário também é tratar sobre o tema do acesso. É óbvio que o tema do acesso é importante, mas também é essencial que o farmacêutico instrumentalize o usuário sobre outros conteúdos transversais à proposta do uso racional de medicamentos.

De acordo com o estudo das fragilidades, compreendidas pelas fraquezas e ameaças, segundo a matriz SWOT, os discursos dos farmacêuticos revelaram um quadro sistêmico de subjugação de condições objetivas e subjetivas para a prestação dos serviços clínicos no

âmbito da Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Já no eixo das potencialidades, que correspondem aos temas das forças e oportunidades, os participantes da pesquisa acreditam que a implantação das propostas das políticas públicas em saúde e os programas governamentais, que tangenciam a assistência farmacêutica e a atenção primária, a longo do tempo, colaborarão para ressignificação da prática profissional, em prol do investimento e qualificação dos serviços farmacêuticos clínicos.

7. REFERÊNCIAS

ABURUZ, Salah; AL-GHAZAWI, Moatasem; SNYDER, Ann. Pharmaceutical care in a community-based practice setting in Jordan: where are we now with our attitudes and perceived barriers?. **International Journal Of Pharmacy Practice**, v. 20, n. 2, p.71-79, 2011.

AGUIAR, Patricia M. et al. Pharmaceutical care program for elderly patients with uncontrolled hypertension. **Journal Of The American Pharmacists Association**, v. 52, n. 4, p.515-518, 2012.

AKERMAN, Marco; FREITAS, Osvaldo de. Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos (PNAUM): avaliação dos serviços de atenção farmacêutica primária. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, n. 2, 2017.

ALANO, Graziela Modolon; CORRÊA, Taís dos Santos; GALATO, Dayani. Indicadores do Serviço de Atenção Farmacêutica (SAF) da Universidade do Sul de Santa Catarina. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 3, p.757-764, 2012.

ALENCAR, Tatiane de Oliveira Silva; NASCIMENTO, Maria Angela Alves do. Assistência Farmacêutica no Programa Saúde da Família: encontros e desencontros do processo de organização. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 9, p.3939-3949, 2011.

ALMEIDA-FILHO, Naomar de. Reconhecer Flexner: inquérito sobre produção de mitos na educação médica no Brasil contemporâneo. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, n. 12, p.2234-2249, dez. 2010.

ANDRADE, Tadeu Uggere de et al. Evaluation of the satisfaction level of patients attended by a pharmaceutical care program in a private communitarian pharmacy in Vitória (ES, Brazil). **Brazilian Journal Of Pharmaceutical Sciences**, v. 45, n. 2, p.349-355, 2009.

ANGONESI, Daniela. Dispensação farmacêutica: uma análise de diferentes conceitos e modelos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. , p.629-640, 2008.

ANTUNES, A. **Política Nacional de Atenção Básica: retrocessos a caminho?** 2017. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/politica-nacional-de-atencao-basica-retrocessos-a-caminho>. Acessado em: 13 dezembro 2017.

ARAÚJO, Suetônio Queiroz et al. Organização dos serviços farmacêuticos no Sistema Único de Saúde em regiões de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, p.1181-1191, 2017a.

ARAÚJO, Patricia Sodr e et al. Pharmaceutical care in Brazil’s primary health care. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, n. 2, 2017b.

BALLANTYNE, P. J. The role of pharmacists in primary care. **Bmj**, v. 334, n. 7603, p.1066-1067, 2007.

BENAVIDES, Sandra; RAMBARAN, Kerryanne. Pharmacy technicians: Expanding role with uniform expectations, education and limits in scope of practice. **Journal Of Research In Pharmacy Practice**, v. 2, n. 4, p.135-135, 2013.

BERMUDEZ, Jorge Antonio Zepeda; BARROS, Marilisa Berti de Azevedo. Profile of access and use of medicines in the Brazilian population – contributions and challenges of PNAUM – Household Survey. **Revista de Saúde Pública**, v. 50, n. 2, 2016.

BLONDAL, Anna; SPORRONG, Sofia; ALMARSDOTTIR, Anna. Introducing Pharmaceutical Care to Primary Care in Iceland—An Action Research Study. **Pharmacy**, v. 5, n. 2, p.23-34, 2017.

BORGES, Anna Paula de S a et al. The Pharmaceutical care of patients with type 2 diabetes mellitus. **Pharmacy World & Science**, v. 32, n. 6, p.730-736, 2010.

BRASIL. **Constitui o da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acessado em : 13 setembro de 2017.

BRASIL. **Lei n  8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condi es para a promo o, prote o e recupera o da saúde, a organiza o e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**. 1990a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 19 setembro 2017.

BRASIL. **Lei n  8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participa o da comunidade na gestão do Sistema  nico de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências**. 1990b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. Acessado em : 13 setembro de 2017.

BRASIL. **Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993. Regulamenta o art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, institui normas para licitações e contratos da Administração Pública e dá outras providências.** 1993. Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8666cons.htm. Acessado em : 03 setembro de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 344, de 12 de maio de 1998. Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial.** 1998a. Disponível em:
<http://www.anvisa.gov.br/hotsite/talidomida/legis/portaria_344_98.pdf>. Acesso em: 12 maio 2016.

BRASIL. **Portaria nº 3.916, de 30 de outubro de 1998. Dispõe sobre a aprovação da Política Nacional de Medicamentos.** 1998b. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/doc/portariagm3916/gm.htm>. Acessado em: 25 fevereiro 2015.

BRASIL. **Lei nº 10.520, de 17 de julho de 2002. Institui, no âmbito da União, Estados, Distrito Federal e Municípios, nos termos do art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, modalidade de licitação denominada pregão, para aquisição de bens e serviços comuns, e dá outras providências.** 2002a. Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2002/L10520.htm. Acessado em: 22 abril 2015.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. **Resolução CNE/CES 2, de 19 de fevereiro de 2002. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Farmácia.** 2002b. Disponível em:
http://www.cff.org.br/userfiles/file/educacao_farmaceutica/Comissao_Ensino/Legislacao_MEC/ResolucaoCNECESn02_2002.pdf. Acessado em: 02 março 2017.

BRASIL. **Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 338/2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica.** 2004. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/doc/resolucaocns338/cns.htm>. Acessado em: 10 junho 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência farmacêutica na atenção básica: instruções técnicas para sua organização.** 2006a. Disponível em:<http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/judicializacao/pdfs/283.pdf>. Acessado em: 04 maio 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção básica.** 2006b. Disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf. Acessado em: 25 junho 2015.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência Farmacêutica no SUS**. 2007a. 186 p. Disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colecao_progestores_livro7.pdf . Acessado em: 10 abril 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 204, DE 29 DE JANEIRO DE 2007. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle**. 2007b. Disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt0204_29_01_2007.html. Acesso em: 12 janeiro 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os núcleos de apoio à saúde da família - NASF**. Disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html; Acessado em: 25 novembro 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes para estruturação de farmácias no âmbito do Sistema Único de Saúde**. 2009. Disponível em:
https://farmacia.ufba.br/sites/farmacia.ufba.br/files/diretrizes_de_farmacias_no_sus.pdf.
Acessado em: 25 junho 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)**. 2011a. Disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html. Acessado em: 20 julho 2016.

BRASIL. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do sistema único de saúde - sus, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências**. 2011b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm. Acessado em: 20 julho 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. 2012. Disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acessado em: 10 abril 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.555, de 30 de julho de 2013.** Dispõe sobre as normas de financiamento e de execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1555_30_07_2013.html. Acessado em: 04 fevereiro 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cuidado farmacêutico na atenção básica. Caderno 1: Serviços farmacêuticos na atenção básica à saúde.** 2014a. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/servicos_farmaceuticos_atencao_basica_saude.pdf. Acessado em: 20 julho 2016.

BRASIL. **Lei nº 13.021, de 8 de agosto de 2014.**Dispõe sobre o exercício e a fiscalização das atividades farmacêuticas. 2014b Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2014/Lei/L13021.htm. Acessado em: 04 maio 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.645, de 2 de outubro de 2015.** Dispõe sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). 2015. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1645_01_10_2015.html. Acessado em: 30 dezembro de 2016.

BRASIL. Ministério da Educação. **Resolução nº 6, de 19 de outubro de 2017.** Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Farmácia e dá outras providências. 2017a. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=74371-rces006-17-pdf&category_slug=outubro-2017-pdf&Itemid=30192. Acessado em: 10 janeiro 2018.

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). 2017b. Disponível em: <http://www.foa.unesp.br/home/pos/ppgops/portaria-n-2436.pdf>. Acessado em: 17 janeiro 2018.

BRAVEMAN, Paula; GOTTLIEB, Laura. The Social Determinants of Health: It's Time to Consider the Causes of the Causes. **Public Health Reports**, v. 129, n. 12, p.19-31, 2014.

CARVALHO, Marselle Nobre de et al. Expansão e diversificação da força de trabalho de nível superior nas Unidades Básicas de Saúde no Brasil, 2008 - 2013. **Saúde em Debate**, v. 40, n. 109, p.154-162, 2016.

CARVALHO, Marselle Nobre et al. Workforce in the pharmaceutical services of the primary health care of SUS, Brazil. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, n. 2, p.1-2, 22 set. 2017.

CASTELINO, Ronald L; BAJOREK, Beata V; CHEN, Timothy F. Targeting Suboptimal Prescribing in the Elderly: A Review of the Impact of Pharmacy Services. **Annals Of Pharmacotherapy**, v. 43, n. 6, p.1096-1106, 2009.

CASTELINO, Ronald L; BAJOREK, Beata V; CHEN, Timothy F. Retrospective Evaluation of Home Medicines Review by Pharmacists in Older Australian Patients Using the Medication Appropriateness Index. **Annals Of Pharmacotherapy**, v. 44, n. 12, p.1922-1929, 2010.

CASTRO, Ana Luisa Barros de. “**Atenção Primária e relações público-privadas no Sistema de Saúde do Brasil**”. 2015. Tese (Doutorado em Ciências na área de Saúde Pública). Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2015.

CAZARIM, Maurílio de Souza et al. Impact Assessment of Pharmaceutical Care in the Management of Hypertension and Coronary Risk Factors after Discharge. **Plos One**, v. 11, n. 6, p.1-14, 2016.

CEBES. **Contra a reformulação da PNAB – nota sobre a revisão da Política Nacional de Atenção Básica**. 2017. Disponível em: <http://cebes.org.br/2017/07/contra-a-reformulacao-da-pnab-nota-sobre-a-revisao-da-politica-nacional-de-atencao-basica/>. Acessado em: 10 janeiro 2018.

CHIAVERINI, Dulce Helena et al. **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. 2011. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_matriciamento_saudemental.pdf. Acessado em: 22 agosto 2017.

COELHO, Márcia Oliveira; JORGE, Maria Salete Bessa. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, p. 1523-1531, 2009 .

CONSEDEY, Marly Aparecida Elias. **Análise de implantação do Programa Farmácia Básica: um estudo multicêntrico em cinco estados do Brasil** [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2000.

CONILL, Eleonor Minho. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da estratégia saúde da família em centros urbanos no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, supl. 1, p. 7-16, 2008.

CFE. **Resolução nº 585 de 29 de agosto de 2013. Regulamenta as atribuições clínicas do farmacêutico e dá outras providências**. 2013a. Disponível em: <http://www.cfe.org.br/userfiles/file/resolucoes/585.pdf>. Acessado em: 13 outubro 2015.

CFE. **Resolução nº 586 de 29 de agosto de 2013. Regula a prescrição farmacêutica e dá outras providências**. 2013b. Disponível em: <http://www.cfe.org.br/userfiles/file/resolucoes/586.pdf>. Acessado em: 19 outubro 2015.

CFE. **Serviços farmacêuticos: contextualização e arcabouço conceitual**. 2014. Disponível em: <http://www.cfe.org.br/userfiles/file/pdf/Servi%C3%A7os%20farmac%C3%AAuticos%20cont%20tualiza%C3%A7%C3%A3o%20e%20arcabou%C3%A7o.pdf>. Acessado em: 10 novembro 2016.

CFE. **O farmacêutico na assistência farmacêutica do SUS: diretrizes para ação**. 2015. Disponível em: <http://www.cfe.org.br/userfiles/file/livro.pdf> Acessado em: 01 janeiro 2017.

CFE. **Serviços farmacêuticos diretamente destinados ao paciente, à família e à comunidade: contextualização e arcabouço conceitual**. 2016. Disponível em: http://www.cfe.org.br/userfiles/Profar_Arcabouco_TELA_FINAL.pdf. Acessado em: 27 outubro 2017.

CORRER, Cassyano Januário et al. Avaliação econômica do seguimento farmacoterapêutico em pacientes com diabetes melito tipo 2 em farmácias comunitárias. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**, v. 53, n. 7, p.825-833, 2009a.

CORRER, Cassyano Januário et al. Effect of a Pharmaceutical Care Program on quality of life and satisfaction with pharmacy services in patients with type 2 diabetes mellitus. **Brazilian Journal Of Pharmaceutical Sciences**, v. 45, n. 4, p.809-817, 2009b.

CORRER, Cassyano Januário; OTUKI, Michel Fleith; SOLER, Orenzio. Assistência farmacêutica integrada ao processo de cuidado em saúde: gestão clínica do medicamento. **Revista Pan-amazônica de Saúde**, v. 2, n. 3, p.41-49, 2011.

COSTA, Ediná Alves et al. Concepções de assistência farmacêutica na atenção primária à saúde, Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v. 51, supl. 2, 5s, 2017a.

COSTA, Karen Sarmento et al. Pharmaceutical services in the primary health care of the Brazilian Unified Health System: advances and challenges. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, n. 2, 2017b.

COSTA, Ediná Alves et al. Technical issues and conservation conditions of medicines in the primary health care of the Brazilian Unified Health System. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, n. 2, p.1-5, 2017c.

CUBAS, Marcia Regina et al. Avaliação da Atenção Primária à Saúde: validação de instrumento para análise de desempenho dos serviços. *Saúde debate*, v. 41, n.113, p.471-485, 2017.

DOLOVICH, L et al. Integrating Family Medicine and Pharmacy to Advance Primary Care Therapeutics. **Clinical Pharmacology & Therapeutics**, v. 83, n. 6, p.913-917, 2008.

DUNLOP John A, SHAW John P. Community pharmacists' perspectives on pharmaceutical care implementation in New Zealand. **Pharmacy World and Science**, v. 24, n. 6, p. 224-230, 2002.

FARINA, Simone Sena; ROMANO-LIEBER, Nicolina Silvana. Atenção farmacêutica em farmácias e drogarias: existe um processo de mudança?. **Saúde e Sociedade**, v. 18, n. 1, p.7-18, 2009.

FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues. **Dos programas de medicina comunitária ao Sistema Único de Saúde: uma análise histórica da atenção primária na política de saúde brasileira**. 2005. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.

FERREIRA, Tatiana de Jesus Nascimento; SERRA, Carlos Gonçalves. Perfil dos farmacêuticos atuantes nas unidades de atenção básica tradicionais e secundárias de saúde na cidade do Rio de Janeiro. **Revista Brasileira de Farmácia**, v. 92, n. 3, p. 149-154, 2011.

FERRI, Sonia Mara Neves et al. As tecnologias leves como geradoras de satisfação em usuários de uma unidade de saúde da família. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 11, n. 23, p.515-529, 2007.

FIRMINO, Paulo Yuri Milen et al. Cardiovascular risk rate in hypertensive patients attended in primary health care units: the influence of pharmaceutical care. **Brazilian Journal Of Pharmaceutical Sciences**, v. 51, n. 3, p.617-627, 2015.

FONTENELLE, Leonardo Ferreira. Mudanças recentes na Política Nacional de Atenção Básica: uma análise crítica. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 7, n. 22, p.5-9, 2012.

FOPPA, Aline Aparecida et al. Atenção farmacêutica no contexto da estratégia de saúde da família. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**, v. 44, n. 4, p.727-737, 2008.

FREEMAN, Christopher et al. Integrating a pharmacist into the general practice environment: opinions of pharmacist's, general practitioner's, health care consumer's, and practice manager's. **Bmc Health Services Research**, v. 12, n. 1, p.1-9, 2012.

GADELHA, Carlos Augusto Grabois et al. PNAUM: integrated approach to Pharmaceutical Services, Science, Technology and Innovation. **Revista de Saúde Pública**, v. 50, n. 2, p.1-2, 2016.

GALATO, Dayani et al. A dispensação de medicamentos: uma reflexão sobre o processo para prevenção, identificação e resolução de problemas relacionados à farmacoterapia. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**, v. 44, n. 3, p.465-475, 2008.

GERLACK, Letícia Farias et al. Management of pharmaceutical services in the Brazilian primary health care. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, n. 2, 2017.

GIL, Célia Regina Rodrigues. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 6, p.1171-1181, 2006.

GOMIDE, Marcia et al. Fortalezas, Oportunidades, Fraquezas e Ameaças (Matriz FOFA) de uma Comunidade Ribeirinha Sul-Amazônica na perspectiva da Análise de Redes Sociais: aportes para a Atenção Básica à Saúde. *Cadernos Saúde Coletiva*, v. 23, n. 3, p.222-230, 2015.

GONÇALVES, L. R. G. et al. Aplicação da ferramenta SWOT para avaliação das técnicas de dano ao choque térmico em materiais refratários. *Cerâmica*, v. 56, n. 340, p.320-324, dez. 2010.

HAZEN, Ankie C.m. et al. Design of the POINT study: Pharmacotherapy Optimisation through Integration of a Non-dispensing pharmacist in a primary care Team (POINT). *Bmc Family Practice*, v. 16, n. 1, p.1-9, 2, 2015.

HEIDE, Iris van Der et al. The Relationship Between Health, Education, and Health Literacy: Results From the Dutch Adult Literacy and Life Skills Survey. *Journal Of Health Communication*, v. 18, n. 1, p.172-184, 2013.

HIPÓLITO-JÚNIOR, Edson et al. Quality indicators of pharmacists' services in community pharmacies in Paraná State, Brazil. *Brazilian Journal Of Pharmaceutical Sciences*, v. 53, n. 1, p.1-9, 2017.

HIRSCH, Jan D. et al. Primary Care-based, Pharmacist-physician Collaborative Medication-therapy Management of Hypertension: A Randomized, Pragmatic Trial. *Clinical Therapeutics*, v. 36, n. 9, p.1244-1254, 2014.

HUGHES, Christine A. et al. Positioning pharmacists' roles in primary health care: a discourse analysis of the compensation plan in Alberta, Canada. *Bmc Health Services Research*, v. 17, n. 1, p.1-2, 2017.

JAVADI, Mohammadreza et al. Role of pharmacist counseling in pharmacotherapy quality improvement. *Journal Of Research In Pharmacy Practice*, v. 5, n. 2, 2016.

JORGENSON, Derek et al. Guidelines for pharmacists integrating into primary care teams. *Canadian Pharmacists Journal/Revue Des Pharmaciens Du Canada*, v. 146, n. 6, p.342-352, 2013.

JORGENSON, Derek et al. Integrating pharmacists into primary care teams: barriers and facilitators. **International Journal Of Pharmacy Practice**, v. 22, n. 4, p.292-299, 2013.

KARNIKOWSKI, Margô Gomes de Oliveira et al. Characterization of the selection of medicines for the Brazilian primary health care. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, n. 2, 2017.

KLEIJ, Kim-sarah et al. Patients' preferences for primary health care – a systematic literature review of discrete choice experiments. **Bmc Health Services Research**, v. 17, n. 1, p.1-12, 2017.

KHAN, Sohil et al. Provision of pharmaceutical care in patients with limited English proficiency: Preliminary findings. **Journal Of Research In Pharmacy Practice**, v. 4, n. 3, p.123-128, 2015.

KRITIKOS, Vicky ; REDDEL, Hellen; BOSNIC-ANTICEVICH, Sinthia. Community Pharmacy. **International Journal Of Pharmacy Practice**, v. 18, p.40-43, 2010.

KRSKA Janet et al. Pharmacist led medication review in patients over 65: a randomized, controlled trial in primary care. **Age Ageing**, v.30, p. 205–211, 2001.

LAVRAS, Carmen. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saúde e Sociedade**, v. 20, n. 4, p.867-874, 2011.

LEITE, Silvana Nair. Quê. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 6, p.1749-1750, 2007.

LEITE, Silvana Nair et al. Infrastructure of pharmacies of the primary health care in the Brazilian Unified Health System: Analysis of PNAUM – Services data. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, n. 2, 2017a.

LEITE, Silvana Nair et al. Medicine dispensing service in primary health care of SUS. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, n. 2, 2017b.

LENAGHAN, E.; HOLLAND, R.; BROOKS, A.. Home-based medication review in a high risk elderly population in primary care--the POLYMED randomised controlled trial. **Age And Ageing**, v. 36, n. 3, p.292-297, 2007.

LIMA, Marina Guimarães et al. Indicators related to the rational use of medicines and its associated factors. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, n. 2, p.1-2, 2017.

LINDENMEYER, Luciane Pereira; GOULART, Valéria Pereira; HEGELE, Vanessa. Reconciliação medicamentosa como estratégia para a segurança do paciente oncológico - resultados de um estudo piloto. **Revista Brasileira de Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde, São Paulo**, v.4, n.4, 51-55, 2013.

LUI, Eric; HA, Rita; TRUONG, Christine. Applying the pharmaceutical care model to assess pharmacist services in a primary care setting. **Canadian Pharmacists Journal/ Revue Des Pharmaciens Du Canada**, v. 150, n. 2, p.90-93, 2017.

LYRA-JÚNIOR, Divaldo Pereira de et al. Impact of Pharmaceutical Care interventions in the identification and resolution of drug-related problems and on quality of life in a group of elderly outpatients in Ribeirão Preto (SP), Brazil. **Journal of Therapeutics and Clinical Risk Management**, v. 3, n. 6, p. 989–998, 2007a.

LYRA-JÚNIOR, Divaldo Pereira de et al. Influence of Pharmaceutical Care intervention and communication skills on the improvement of pharmacotherapeutic outcomes with elderly Brazilian outpatients. **Patient Education and Counseling**, v. 68, n. 2, p. 186-192, 2007b.

LYRA-JÚNIOR, Divaldo Pereira de; MARCELLINI, Paulo Sergio; PELÁ, Irene Rosemir. Effect of pharmaceutical care intervention on blood pressure of elderly outpatients with hypertension. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**, v. 44, n. 3, p.451-457, 2008.

MACIEL, Regina Heloisa Mattei de Oliveira; SANTOS, João Bosco Feitosa dos; RODRIGUES, Rosana Lima. Condições de trabalho dos trabalhadores da saúde: um enfoque sobre os técnicos e auxiliares de nível médio. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 40, n. 131, p.75-87, 2015.

MALLMANN, Danielli Gavião et al. Educação em saúde como principal alternativa para promover a saúde do idoso. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1763-1772, 2015.

MARQUES, Luciene Alves Moreira et al. Atenção farmacêutica e práticas integrativas e complementares no SUS: conhecimento e aceitação por parte da população sãojoanense. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 21, n. 2, p.663-674, 2011.

MARQUES, Luciene Alves et al. Assessment of the Effectiveness of Pharmacotherapy Follow-up in Patients Treated for Depression. **Journal Of Managed Care Pharmacy**, v. 19, n. 3, p.218-227, 2013.

MARTINS, Bárbara Posse Reis et al. Pharmaceutical Care for hypertensive patients provided within the Family Health Strategy in Goiânia, Goiás, Brazil. **Brazilian Journal Of Pharmaceutical Sciences**, v. 49, n. 3, p.609-618, 2013.

MARTINS, Catia Paranhos; LUZIO, Cristina Amélia. Política HumanizaSUS: ancorar um navio no espaço. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 21, n. 60, p.13-22, 2017.

MARTINS, Rand Randall et al. Prevalence and risk factors of inadequate medicine home storage: a community-based study. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, 2017.

MEDEIROS, Roberto Henrique Amorim de. Uma noção de matriciamento que merece ser resgatada para o encontro colaborativo entre equipes de saúde e serviços no SUS. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 25, n. 4, p.1165-1184, 2015.

MELO, Daniela Oliveira de; CASTRO, Lia Lusitana Cardozo de. A contribuição do farmacêutico para a promoção do acesso e uso racional de medicamentos essenciais no SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 1, p.235-244, 2017.

MELO, Daniela Oliveira de et al. Capacitação e intervenções de técnicos de farmácia na dispensação de medicamentos em Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 1, p.261-268, 2017.

MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p.2297-2305, 2010.

MENDES, Luiz Villarinho et al. Disponibilidade de medicamentos nas unidades básicas de saúde e fatores relacionados: uma abordagem transversal. **Saúde em Debate**, v. 38, n. , p.109-123, 2014.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.

MERKS, Piotr; ŚWIECZKOWSKI, Damian; JAGUSZEWSKI, Miłosz J.. Patients' perception of pharmaceutical services available in a community pharmacy among patients living in a rural area of the United Kingdom. **Pharmacy Practice**, v. 14, n. 3, p.774-779, 2016.

MOREIRA, R. B.; BOECHAT, L. Proposta de acompanhamento farmacoterapêutico em leucemia mielóide crônica: modelo de abordagem metodológica. *Revista Brasileira de Cancerologia*, v. 55, n. 4, p.

MOURÃO, Aline Oliveira Magalhães et al. Pharmaceutical care program for type 2 diabetes patients in Brazil: a randomised controlled trial. **International Journal Of Clinical Pharmacy**, v. 35, n. 1, p.79-86, 2012.

NASCIMENTO, Yone de Almeida; CARVALHO, Wânia da Silva; ACURCIO, Francisco de Assis. Drug-related problems observed in a pharmaceutical care service, Belo Horizonte, Brazil. **Brazilian Journal Of Pharmaceutical Sciences**, v. 45, n. 2, p.321-330, 2009.

NASCIMENTO, Renata Cristina Rezende Macedo do et al. Polypharmacy: a challenge for the primary health care of the Brazilian Unified Health System. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, n. 2, 2017a.

NASCIMENTO, Renata Cristina Rezende Macedo do et al. Availability of essential medicines in primary health care of the Brazilian Unified Health System. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, n. 2, 2017b.

NAKAMURA, Carina Akemi; LEITE, Silvana Nair. A construção do processo de trabalho no Núcleo de Apoio à Saúde da Família: a experiência dos farmacêuticos em um município do sul do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 5, p.1565-1572, 2016.

NAVES, Janeth de Oliveira Silva; SILVER, Lynn Dee. Evaluation of pharmaceutical assistance in public primary care in Brasília, Brazil. **Revista de Saúde Pública**, v. 39, n. 2, p.223-230, 2005.

NDEFO, Uche Anadu et al. Provision of Medication Therapy Management by Pharmacists to Patients With Type-2 Diabetes Mellitus in a Federally Qualified Health Center. **Pharmacy and Therapeutics**, v. 42, n. 10, p. 632-637, 2017.

OBRELI-NETO, Paulo Roque et al. Effect of a 36-month pharmaceutical care program on the coronary heart disease risk in elderly diabetic and hypertensive patients. **Journal of Pharmacy & Pharmaceutical Sciences**, v. 14, n. 2, p. 249-63. 2011a.

OBRELI-NETO, Paulo Roque et al. Effect of a 36-month pharmaceutical care program on pharmacotherapy adherence in elderly diabetic and hypertensive patients. **International Journal of Clinical Pharmacy**, v. 33, n. 4, p. 642-649, 2011b.

OBRELI-NETO, Paulo Roque et al. Economic evaluation of a pharmaceutical care program for elderly diabetic and hypertensive patients in primary health care: a 36-month randomized controlled clinical trial. **Journal of managed care pharmacy**, v. 21, n. 1, p. 66-75, 2015.

ODUKOYA, Olufunmilola; SCHLEIDEN, Loren; CHUI, Michelle. The Hidden Role of Community Pharmacy Technicians in Ensuring Patient Safety with the Use of E-Prescribing. **Pharmacy**, v. 3, n. 4, p.330-343, 2015.

OKONTA, Jegbefume Mathew; OKONTA, Eleje Oboma; OFOEGBU, Tochi Chimuaya. Barriers to Implementation of Pharmaceutical Care by Pharmacists in Nsukka and Enugu metropolis of Enugu State. **Journal of Basic and Clinical Pharmacy**, v. 3, n. 2, p. 295-298, 2012.

OLIVEIRA, Luciane Cristina Feltrin de; ASSIS, Marluce Maria Araújo; BARBONI, André René. Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde: da Política Nacional de Medicamentos à Atenção Básica à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 3, p.3561-3567, 2010.

OLIVEIRA, Ana Maria Caldeira; DALLARI, Sueli Gandolfi. Participação social no contexto da Atenção Primária em Saúde: um estudo de caso das Comissões Locais de Saúde do SUS de Belo Horizonte. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 25, n. 4, p.1059-1078, 2015.

OLIVEIRA-SANTOS, Marise et al. Effectiveness of pharmaceutical care for drug treatment adherence in patients with systemic lupus erythematosus in Rio de Janeiro, Brazil: study protocol for a randomized controlled trial. **Trials**, v. 17, n. 1, p.1-10, 2016.

OMS. **Primary health care**. 2017. Disponível em: http://www.who.int/topics/primary_health_care/en. Acessado em: 11 novembro 2017.

OMS. **Declaração de alma-ata**. 1978. Disponível em: <http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf>. Acessado em: 09 outubro 2017.

OPS. **Consenso brasileiro de atenção farmacêutica: proposta**. 2002. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/PropostaConsensoAtenfar.pdf>. Acessado em: 17 dezembro 2015.

OPS. **Assistência farmacêutica para gerentes municipais**. 2003 Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/assistenciafarmaceutica/afgm.pdf>. Acessado em: 17 março 2015.

OPS. **Servicios farmacéuticos basados en la atención primaria de salud**. Documento de posición de la OPS/ OMS. 2013. Disponível em: [file:///C:/Users/D%C3%A9bora/Downloads/SerieRAPSANo6-2013%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/D%C3%A9bora/Downloads/SerieRAPSANo6-2013%20(1).pdf). Acessado em: 12 dezembro 2017.

PAGLIOSA, Fernando Luiz; ROS, Marco Aurélio da. O relatório Flexner: para o bem e para o mal. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 32, n. 4, p.492-499, dez. 2008.

PANARI, Chiara et al. Assessing and improving health in the workplace: an integration of subjective and objective measures with the STress Assessment and Research Toolkit (St.A.R.T.) method. **Journal Of Occupational Medicine And Toxicology**, v. 7, n. 1, 2012.

PEARSON, G. J.. Evolution in the practice of pharmacy--not a revolution! **Canadian Medical Association Journal**, v. 176, n. 9, p.1295-1296, 2007.

PEGORARO, Renata Fabiana; CASSIMIRO, Tiago José Luiz; LEÃO, Nara Cristina. Matriciamento em saúde mental segundo profissionais da estratégia da saúde da família. **Psicologia em Estudo**, v. 19, n. 4 p. 621-631, 2014.

PEREIRA, Leonardo Régis Leira; FREITAS, Osvaldo de. A evolução da Atenção Farmacêutica e a perspectiva para o Brasil. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**, v. 44, n. 4, p.601-612, 2008.

PEREIRA, Nathália Cano; LUIZA, Vera Lucia; CRUZ, Marly Marques da. Serviços farmacêuticos na atenção primária no município do Rio de Janeiro: um estudo de avaliabilidade. **Saúde em Debate**, v. 39, n. 105, p.451-468, 2015.

PESSINI, L. O cuidado em saúde. **O Mundo da saúde**, v. 24, n. 4, p.235-6, 2000.

PINHEIRO, Rafael Mota. Serviços Farmacêuticos na atenção primária. **Revista Tempus Actas Saúde Coletiva**, v. 4, p. 15-22, 2010.

PINTO, Hêider Aurélio; SOUSA, Allan Nuno Alves de; FERLA, Alcindo Antônio. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: faces de uma política inovadora. **Saúde em Debate**, v. 38, 2014.

PLASTER, Camila Pedro et al. Reduction of cardiovascular risk in patients with metabolic syndrome in a community health center after a pharmaceutical care program of pharmacotherapy follow-up. **Brazilian Journal Of Pharmaceutical Sciences**, v. 48, n. 3, p.435-446, 2012.

PORTELA, Adas et al. Políticas públicas de medicamentos: trajetória e desafios. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**, v. 31, n. 1, p. 9-14, 2010.

POTTIE, Kevin et al. Integrating pharmacists into family practice teams: Physicians' perspectives on collaborative care. **Canadian Family Physician**, v. 54, n. 12, p. 1714-1717, 2008.

PROVIN, Mércia Pandolfo et al. Atenção Farmacêutica em Goiânia: inserção do farmacêutico na Estratégia Saúde da Família. **Saúde e Sociedade**, v. 19, n. 3, p.717-724, 2010.

REIS, Vanessa de Souza et al. Consejos farmacêuticos a usuários con trastornos de humor. **Revista Cubana de Farmacia**, v. 47, n. 3, p. 353-362. 2013.

ROMEU, Geysa Aguiar; PAIVA, Larissa Varela de ; MOURA FÉ, Mariana Mota
Pharmaceutical care to pregnant women carrying human immuno deficiency virus. **Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences**, v. 45, n. 3, p. 593-602, 2009.

SALTER, C. et al. "I haven't even phoned my doctor yet." The advice giving role of the pharmacist during consultations for medication review with patients aged 80 or more: qualitative discourse analysis. **Bmj**, v. 334, n. 7603, p.1101-1101, 2007.

SARTOR, Vanessa de Bona; FREITAS, Sergio Fernando Torres de. Model for the evaluation of drug-dispensing services in primary health care. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 48, n. 5, p. 827-836, 2014 .

SCHERER, Magda Duarte dos Anjos; MENEZES, Erica Lima. Atenção primária à saúde: Espaço potencial de criatividade. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, v. 10, n. 3, p.137-146, 2016.

SHAO, Hua et al. Effect of pharmaceutical care on clinical outcomes of outpatients with type 2 diabetes mellitus. **Patient Preference And Adherence**, v. 11, p.897-903, 2017.

SILVA, Denise Conceição da; ALVIM, Neide Aparecida Titonelli; FIGUEIREDO, Paula Alvarenga de. Tecnologias leves em saúde e sua relação com o cuidado de enfermagem hospitalar. **Escola Anna Nery**, v. 12, n. 2, p.291-298, 2008.

SILVA, Rogerio Nery da. Políticas Públicas e Administração Democrática. **Seqüência: estudos jurídicos e políticos**, v. 33, n. 64, p.57-84, 2012.

SILVA, Elaine Cristina da; PELICIONI, Maria Cecília Focesi. Participação social e promoção da saúde: estudo de caso na região de Paranapiacaba e Parque Andreense. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 2, p.563-572, 2013.

SOARES, Luciano et al. A model for drug dispensing service based on the care process in the Brazilian health system. **Brazilian Journal Of Pharmaceutical Sciences**, v. 49, n. 1, p.107-116, 2013.

SOARES, Luciano et al. **Atuação clínica do farmacêutico**. 2016. Disponível em: <http://pubhtml5.com/smqn/plxb/>. Acessado em: 17 outubro 2017.

SOEIRO, Orlando Mario et al. Patient satisfaction with pharmaceutical services in Brazilian primary health care. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, n. 2, 2017.

SOUZA, Luis Eugenio Portela Fernandes de. O SUS necessário e o SUS possível: gestão. Uma reflexão a partir de uma experiência concreta. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 3, p.911-918, 2009.

SOUZA, Georgia Costa de Araújo; COSTA, Iris do Céu Clara. O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças. **Saúde e Sociedade**, v. 19, n. 3, p.509-517, 2010.

SPERANDIO DA SILVA, Gilberto M et al. Impact of pharmaceutical care on the quality of life of patients with Chagas disease and heart failure: randomized clinical trial. **Trials**, v. 13, n. 1, p.1-7, 2012.

STARFIELD, Barbara; SHI, Leiyu; MACINKO, James. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. **The Milbank Quarterly**, v. 83, n. 3, p.457-502, 2005.

TAN, Edwin C.k. et al. Integration of pharmacists into general practice clinics in Australia: the views of general practitioners and pharmacists. **International Journal Of Pharmacy Practice**, v. 22, n. 1, p.28-37, 2013.

TAVARES, Noemia Urruth Leao et al. Fatores associados a baixa adesão ao tratamento medicamentoso em idosos. **Revista de Saúde Pública**, v. 47, n. 6, p.1092-1101, 2013.

TAVARES, Noemia Urruth Leão et al. Factors associated with low adherence to medicine treatment for chronic diseases in Brazil. **Revista de Saúde Pública**, v. 50, n. 2, 2016.

TRINACTY, Melanie, et al.. Learning and Networking: Utilization of a Primary Care Listserv by Pharmacists. **The Canadian Journal of Hospital Pharmacy**, v. 67, n. 5, p. 343-352, 2014.

TSUYUKI, Ross T.; BERG, Angelique; KHAN, Nadia A.. The ultimate opportunity for advancing pharmacy practice. **Canadian Pharmacists Journal / Revue Des Pharmaciens Du Canada**, v. 150, n. 4, p.225-226, 2017.

VAN DURME, Thérèse et al. Stakeholders' perception on the organization of chronic care: a SWOT analysis to draft avenues for health care reforms. **Bmc Health Services Research**, v. 14, n. 1, p.1-3, 2014.

VAN EIKENHORST, Linda et al. Pharmacist-Led Self-management Interventions to Improve Diabetes Outcomes. A Systematic Literature Review and Meta-Analysis. **Frontiers In Pharmacology**, v. 8, 2017.

VARGAS, Francisco Beckenkamp. Trabalho, emprego, precariedade: dimensões conceituais em debate. **Caderno CRH**, Salvador, v. 29, n. 77, p. 313-331, 2016.

VIANA, Ana Luiza D'ávila; POZ, Mario Roberto dal. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 15, n. , p.225-264, 2005.

VIEIRA, Fabiola Sulpino. Possibilidades de contribuição do farmacêutico para a promoção da saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 12, n. 1, p. 213-220, 2007.

VIEIRA, Marlene Rosimar da Silva; LORANDI, Paulo Angelo; BOUSQUAT, Aylene . Assessment of pharmaceutical care for pregnant women treated in the public health system in Praia Grande, São Paulo State, Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 6, p. 1419-1428, 2008.

VIEIRA, Fabiola Sulpino. Qualificação dos serviços farmacêuticos no Brasil: aspectos inconclusos da agenda do Sistema Único de Saúde. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 24, n. 2, p.91-97, 2008.

WILLIAMS Sharon E, BOND Christine M, MENZIES Colin. A pharmaceutical needs assessment in a primary care setting. **The British Journal of General Practice**, v. 50, n. 451, p. 95-99, 2000.

WONDIMU, Abrham et al. Household Storage of Medicines and Associated Factors in Tigray Region, Northern Ethiopia. **Plos One**, v. 10, n. 8, 2015.

ZERMANSKY, Ag et al. Clinical medication review by a pharmacist of patients on repeat prescriptions in general practice: a randomised controlled trial. **Health Technology Assessment**, v. 6, n. 20, 2002.

ZERMANSKY, Arnold Geoffrey et al. Clinical medication review by a pharmacist of elderly people living in care homes—randomised controlled trial. **Age And Ageing**, v. 35, n. 6, p.586-591, 2006.

ZIZEK, Slavoj. **Violência: seis reflexões laterais**. Tradução Miguel Serras Pereira. -1. ed. - São Paulo: Boitempo, 2014.

ZUBIOLI, Arnaldo. **Pharmaceutical Care: filosofia e linguagem. O Farmacêutico em Revista**, Curitiba, p.16-18, 26 jan. 2007.

ZUBIOLI, Arnaldo et al. Pharmaceutical consultation as a tool to improve health outcomes for patients with type 2 diabetes. **Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences**, v. 49, n. 1, p. 87-94, 2013.

8. APÊNDICE 1

Nome da Unidade de Saúde: _____

Data da coleta de dados: ____/____/____

1. Sexo:

() Feminino () Masculino

2. Idade: _____

3. Assinale o seu maior grau de escolaridade:

() Graduação () Mestrado

() Especialização () Doutorado

4. Assinale o tipo de instituição de ensino superior que cursou farmácia:

() Privada () Pública

5. Assinale se concluiu algum curso profissionalizante abaixo:

() Inglês () Digitação/datilografia

() Espanhol () Curso básico de computação

() Francês () Outros. Quais? _____

6. Há quanto tempo o/a senhor(a) trabalha na atenção básica? _____

7. Qual é a sua carga horária realizada na atenção básica?

() 20 horas () 40 horas () outra: _____

8. O/a senhor(a) tem outro vínculo trabalhista?

() Sim () Não

Se sim, o trabalho é no setor: () Público () Privado

9. O/a senhor(a) é sindicalizado(a)?

() Sim

() Não

Se sim, qual é o sindicato? _____

10. O/a senhor(a) participa das reuniões dos Conselhos de Saúde?

() Sim

() Não

Nessa segunda parte da entrevista, temos o interesse de conhecer a frequência de realização dos seus serviços.

11. O/a senhor(a) participa no controle de estoque de medicamentos e produtos em saúde?

0. Nunca	1. Raramente	2. Frequentemente	3. Sempre
----------	--------------	-------------------	-----------

12. O/a senhor(a) participa no controle de estoque dos medicamentos regulamentados pela Portaria n^a 344/1998?

0. Nunca	1. Raramente	2. Frequentemente	3. Sempre
----------	--------------	-------------------	-----------

13. O/a senhor(a) atua na gestão da equipe da farmácia?

0. Nunca	1. Raramente	2. Frequentemente	3. Sempre
----------	--------------	-------------------	-----------

14. O/a senhor(a) participa do controle de temperatura, umidade e luminosidade dos ambientes onde ficam estocados os medicamentos e produtos para saúde?

0. Nunca	1. Raramente	2. Frequentemente	3. Sempre
----------	--------------	-------------------	-----------

15. O/a senhor(a) participa na estimativa de quantidade e solicitação de medicamentos e produtos para saúde que devem ser abastecidos na unidade básica de saúde onde trabalha (programação)?

0. Nunca	1. Raramente	2. Frequentemente	3. Sempre
----------	--------------	-------------------	-----------

16. O/a senhor(a) realiza o gerenciamento de resíduos de saúde na unidade básica (descarte)?

0. Nunca	1. Raramente	2. Frequentemente	3. Sempre
----------	--------------	-------------------	-----------

17. O/a senhor(a) distribui medicamentos e produtos para saúde para outras unidades de saúde, assim como setores na mesma unidade básica de saúde?

0. Nunca	1. Raramente	2. Frequentemente	3. Sempre
----------	--------------	-------------------	-----------

18. O/a senhor(a) realiza avaliação do tratamento do paciente, conferindo indicações, doses, horários e frequências de administração dos medicamentos, duração dos tratamentos, interações medicamentosas e adesão ao tratamento (serviço de revisão da farmacoterapia)?

0. Nunca	1. Raramente	2. Frequentemente	3. Sempre
----------	--------------	-------------------	-----------

19. O/a senhor(a) elabora uma lista atualizada e conciliada de medicamentos em uso pelo paciente durante os processos de admissão, transferência e alta entre os serviços (processo conhecido como conciliação medicamentosa)?

0. Nunca	1. Raramente	2. Frequentemente	3. Sempre
----------	--------------	-------------------	-----------

20. O/a senhor(a) realiza atividades técnico-pedagógicas (na forma de palestras, oficinas, materiais educativos, pareceres, fornecimentos de orientações, entre outros) para equipe de saúde?

0. Nunca	1. Raramente	2. Frequentemente	3. Sempre
----------	--------------	-------------------	-----------

21. O/a senhor(a) realiza atividades de educação em saúde (na forma de palestras, oficinas, materiais educativos, participação em grupos terapêuticos, entre outros) para o paciente e família?

0. Nunca	1. Raramente	2. Frequentemente	3. Sempre
----------	--------------	-------------------	-----------

22. O/a senhor(a) executa a dispensação de medicamentos (fornecimento do produto acompanhado da orientação sobre o uso) para paciente e família?

0. Nunca	1. Raramente	2. Frequentemente	3. Sempre
----------	--------------	-------------------	-----------

23. O/a senhor(a) fornece orientações farmacêuticas para os pacientes e família?

0. Nunca	1. Raramente	2. Frequentemente	3. Sempre
----------	--------------	-------------------	-----------

24. O/a senhor(a) realiza o serviço de seguimento/acompanhamento farmacoterapêutico dos pacientes?

0. Nunca	1. Raramente	2. Frequentemente	3. Sempre
----------	--------------	-------------------	-----------

25. O/a senhor(a) executa ações de farmacovigilância, rastreando e notificando eventos adversos?

0. Nunca	1. Raramente	2. Frequentemente	3. Sempre
----------	--------------	-------------------	-----------

26. O/a senhor(a) participa de estudos sobre o uso e os efeitos dos medicamentos na saúde das populações (estudos epidemiológicos sobre utilização de medicamentos)?

0. Nunca	1. Raramente	2. Frequentemente	3. Sempre
----------	--------------	-------------------	-----------

Na terceira parte da entrevista, o senhor(a) relatará a frequência de fornecimento de orientações farmacêuticas segundo os temas listados abaixo:

27. Administração dos medicamentos

0. Nunca	1. Raramente	2. Frequentemente	3. Sempre
----------	--------------	-------------------	-----------

28. Acesso aos medicamentos da atenção básica

0. Nunca	1. Raramente	2. Frequentemente	3. Sempre
----------	--------------	-------------------	-----------

29. Acesso aos medicamentos em outros níveis de atenção à saúde (hospitais, componentes estratégico e especializado)?

0. Nunca	1. Raramente	2. Frequentemente	3. Sempre
----------	--------------	-------------------	-----------

30. Acesso aos medicamentos em outros programas de acesso, como o Farmácia Popular, por exemplo?

0. Nunca	1. Raramente	2. Frequentemente	3. Sempre
----------	--------------	-------------------	-----------

31. Descarte correto de medicamentos

0. Nunca	1. Raramente	2. Frequentemente	3. Sempre
----------	--------------	-------------------	-----------

32. Armazenamento domiciliar de medicamentos

0. Nunca	1. Raramente	2. Frequentemente	3. Sempre
----------	--------------	-------------------	-----------

33. Exercício da participação social pelos usuários

0. Nunca	1. Raramente	2. Frequentemente	3. Sempre
----------	--------------	-------------------	-----------

34. Judicialização da saúde

0. Nunca	1. Raramente	2. Frequentemente	3. Sempre
----------	--------------	-------------------	-----------

Já na quarta parte da entrevista, queremos que o senhor avalie e mencione os itens abaixo:

35. Qual é o número de funcionários que trabalha com o senhor(a) na farmácia: _____

36. Qual é o número de residentes e estagiários que trabalha com o senhor(a) na farmácia: _____

37. Avalie com uma nota de 0 a 10 o seu nível de participação nas atividades do NASF: _____

38. Avalie com uma nota de 0 a 10 a sua percepção sobre o nível de adequação dos espaços físicos da farmácia e da unidade básica de saúde para a realização dos serviços farmacêuticos: _____

39. Avalie com uma nota de 0 a 10 o nível de apoio oferecido pelos gestores e equipe de saúde para realização dos seus serviços: _____

40. Cite um número médio de pacientes atendidos por dia na farmácia da unidade básica de saúde: _____

9. APÊNDICE 2

ANÁLISE DAS FORÇAS

O/a senhor(a) pode citar e discutir sobre os fatores da Secretaria de Saúde do Distrito Federal que estão favorecendo o desenvolvimento dos serviços farmacêuticos clínicos na atenção básica?

ANÁLISE DAS FRAQUEZAS

O/a senhor(a) pode citar e discutir sobre os fatores da Secretaria de Saúde do Distrito Federal que prejudicam o desenvolvimento dos serviços farmacêuticos clínicos na atenção básica?

ANÁLISE DAS OPORTUNIDADES

O/a senhor(a) pode opinar sobre os aspectos externos (fora do âmbito da Secretaria de Saúde do Distrito Federal) que estão colaborando para a execução dos serviços farmacêuticos clínicos na atenção básica?

ANÁLISE DAS AMEAÇAS

O/a senhor(a) pode opinar sobre os aspectos externos (fora do âmbito da Secretaria de Saúde do Distrito Federal) que prejudicam a operacionalidade dos serviços farmacêuticos clínicos na atenção básica?

10. APÊNDICE 3



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE

O (a) Senhor (a) está sendo convidado (a) a participar do projeto Serviços farmacêuticos clínicos da atenção primária do Distrito Federal, sob a responsabilidade da pesquisadora Débora Santos Lula Barros.

O nosso objetivo é compreender o contexto de desenvolvimento dos serviços farmacêuticos clínicos da atenção primária do Distrito Federal.

O (a) senhor (a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não será divulgado, sendo mantido o mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a)

Os riscos decorrentes de sua participação na pesquisa são os constrangimentos que as algumas perguntas podem resultar. O(a) senhor(a) pode se recusar responder qualquer pergunta. O(a) senhor(a) pode combinar com a pesquisadora um outro local para a realização da entrevista, garantindo comodidade e privacidade do processo. As informações passadas servirão somente utilizadas para a pesquisa e, portanto, não será avaliada a qualidade do seu desempenho profissional. Se você aceitar participar, estará contribuindo para o levantamento dos dados, que colaborarão para o planejamento e qualificação dos serviços farmacêuticos clínicos..

Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo, e a sua participação só inclui participar da entrevista. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação, que será voluntária. Se existir qualquer despesa adicional relacionada diretamente à pesquisa (tais como, passagem para o local da pesquisa, alimentação no local da pesquisa ou exames para realização da pesquisa) a mesma será absorvida pelo orçamento da pesquisa.

Os resultados da pesquisa serão divulgados no Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas da Universidade de Brasília, podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sobre a guarda do pesquisador.

Se o (a) senhor (a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor, telefone para: Débora Santos Lula Barros e Dayde Lane Mendonça na Universidade de Brasília no telefone 99215-5976 e 31071990, no horário 8:00 às 17:00, disponível inclusive para ligação a cobrar. Também pode ser estabelecido contato pelo e-mail debora.farmacia9@gmail.com.

Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FEPECS-SES/DF. O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante da pesquisa podem ser esclarecidos por meio do telefone: (61) 3325-4940 ou e-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com.

Caso concorde em participar, pedimos que assine este documento que foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o Senhor (a).

Nome / assinatura

Pesquisador Responsável

Nome e assinatura

Brasília, __ de __ de ____

11. ANEXO 1

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DOS SERVIÇOS FARMACÊUTICOS CLÍNICOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL

Pesquisador: Débora Santos Lula Barros

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 60696116.2.0000.0029

Instituição Proponente: Curso de Farmácia

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.806.928

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de graduação do curso de farmácia Universidade Católica de Brasília dos estudantes Hellen de Cássia Gomes Brito, Rubismar da Silva Ferreira e Beatriz Balby Gandra, sob orientação da professora Ms. Débora Santos Lula Barros.

RESUMO:

A assistência farmacêutica corresponde a um conjunto de ações e serviços necessários para o pleno desenvolvimento da atenção primária à saúde do Sistema Único de Saúde, buscando garantir aos usuários o acesso e o uso racional de tecnologias em saúde, dentro de um contexto de atendimento multiprofissional, humanizado, integral e sistêmico. Porém, no âmbito da atenção primária à saúde e outros níveis assistenciais, o acesso as tecnologias em saúde ainda é deficitário, que somado à falta de orientações e de informações sobre a correta utilização destes produtos, acarretam o uso inadequado e inseguro, materializado na forma de problemas relacionados aos medicamentos e outros eventos adversos. Assim, faz-se necessária a investigação da qualidade dos serviços farmacêuticos que estão sendo oferecidos na atenção primária à saúde, com ênfase aos clínicos, dada a sua necessidade de expansão desses serviços para o aumento do uso racional de medicamentos, resolubilidade e

Continuação do Parecer: 1.806.928

integralidade das ações em saúde. Para isso, serão realizadas 04 etapas: 1. Revisão integrativa da literatura, 2. Identificação dos tipos de serviços farmacêuticos clínicos, 3. Realização de análise SWOT dos serviços farmacêuticos clínicos com stakeholders, 4. Elaboração e validação do instrumento.

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVO GERAL

- Validar um instrumento que avalie a qualidade dos serviços farmacêuticos clínicos segundo a percepção dos usuários, profissionais de saúde e gestores da APS da SES-DF.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Revisar na literatura os tipos de serviços farmacêuticos clínicos prestados na APS.
- Identificar os tipos de serviços farmacêuticos clínicos praticados.
- Realizar análise situacional da qualidade dos serviços farmacêuticos clínicos por meio da ferramenta SWOT com stakeholders.
- Elaborar um instrumento para estimativa da qualidade dos serviços farmacêuticos clínicos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

RISCOS:

Os riscos da pesquisa estão relacionados com o constrangimento que algumas perguntas podem oferecer aos profissionais (principalmente os farmacêuticos) e gestores, que podem sentir que as suas práticas estão sendo colocadas em xeque, assim como as suas capacidades e desempenhos profissionais. Já os usuários podem imaginar que respondendo que os serviços farmacêuticos não preenchem os requisitos de qualidade fragilizaria os seus acessos às ações e produtos de saúde por aquele estabelecimento.

BENEFÍCIOS:

Os benefícios por essa pesquisa são inúmeros. A priori não foi detectado nenhum instrumento voltado para o monitoramento da qualidade dos serviços farmacêuticos clínicos da APS. Os dados levantados nesse diagnóstico-situacional serão valiosos para ampliação da eficiência do planejamento em saúde no cenário da AF da APS da SES-DF. Além disso, a triangulação de métodos permite o levantamento de múltiplos dados e discussões que irão enriquecer a discussão no ponto de vista de produção científica sobre serviços farmacêuticos clínicos da APS do SUS.

Continuação do Parecer: 1.806.928

Verificou-se que:

O risco se justifica pela importância do benefício esperado; (RES 466/12 Item V.1.a).

Há benefício ao sujeito da pesquisa (exame, tratamento, outros) e este benefício se adequa a proposta do estudo.

O pesquisador responsável não relata como irá suspender a pesquisa caso perceba algum risco ou dano à saúde do sujeito participante da pesquisa (RES 466/12 V).

O pesquisador, o patrocinador e a instituição não assume a responsabilidade de dar assistência integral às complicações e danos decorrentes dos riscos previstos (RES 466/12 V).

Não estão descritas as medidas para proteção ou minimização de qualquer risco eventual (RES 466/12 V.1).

Segundo a RES 466/12 item V.3 - O pesquisador responsável, ao perceber qualquer risco ou dano significativos ao participante da pesquisa, previstos, ou não, no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, deve comunicar o fato, imediatamente, ao Sistema CEP/CONEP, e avaliar, em caráter emergencial, a necessidade de adequar ou suspender o estudo.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

HIPÓTESE:

Essa pesquisa suscita, por meio de um diagnóstico situacional, uma descrição e problematização da qualidade dos serviços farmacêuticos clínicos da APS, de forma que esses dados sirvam para estruturação de um instrumento que seja efetivo no monitoramento da qualidade das atividades de clínica farmacêutica.

METODOLOGIA:

O estudo será realizado em 4 etapas:

1. Revisão integrativa da literatura

Utilizando descritores e operadores booleanos: "farmacêutico" "and" "atenção primária".

2. Identificação dos tipos de serviços farmacêuticos clínicos

Estudo transversal e quantitativo, que empregará a técnica de entrevista com os farmacêuticos que trabalham nas farmácias dos centros de saúde da APS da SES do DF. Será aplicado um roteiro (41 perguntas) inspirado na lista de atribuições clínicas descritas na Resolução nº 585 de 29 de agosto

Continuação do Parecer: 1.806.928

de 2013 do Conselho Federal de Farmácia, assim como as informações discutidas nos livros "Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica".

3. Realização de análise SWOT dos serviços farmacêuticos clínicos com stakeholders

Para execução dessa etapa do estudo será adotado o método qualitativo com utilização da técnica de entrevista com roteiro semiestruturado para a coleta dos dados. Os atores sociais que correspondem aos stakeholders que farão parte do rol de entrevistados por essa pesquisa serão os usuários, os gestores e os profissionais de saúde. Para o registro das informações transmitidas durante as entrevistas serão gravados os áudios dos discursos que serão transcritos e analisados para o devido tratamento dos dados pelo método de análise de conteúdo.

4. Elaboração e validação do instrumento

Primeiramente serão recrutadas e adaptadas algumas perguntas constantes no Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool – Primary Care Assessment Tool) na versão validada para o Brasil e projetada para adultos maiores de 18 anos (PCATool versão Adulto) (Brasil, 2010). O formato desse instrumento também norteará a síntese do instrumento que será produzido no presente estudo. Baseados nos dados obtidos nas três etapas anteriores dessa pesquisa, assim como a adoção do PCA Tool-Brasil versão adulto, será desenvolvida a primeira versão do instrumento. A seguir, o documento será validado por meio do método de validade de conteúdo.

DESFECHOS PRIMÁRIO

Espera-se elaborar um instrumento que seja efetivo na mensuração da qualidade dos serviços farmacêuticos clínicos da atenção primária à saúde segundo as perspectivas dos usuários, profissionais e gestores da saúde.

Verificou-se:

A pesquisa está adequada aos princípios científicos que a justifiquem e com possibilidades concretas de responder a incertezas (RES 466/12 item III.2.a).

Ela está fundamentada na experimentação prévia (RES 466/12 item III.2.b).

Possui antecedente científico e dado que justifiquem a pesquisa (RES 466/12 item III.2.b).

Há uma descrição detalhada e ordenada do projeto de pesquisa (material e métodos, casuística, resultados esperados e bibliografia) (RES 466/12 item III.2.e).

Há uma descrição dos propósitos a serem testadas e o objetivo está coerente com o título,

Continuação do Parecer: 1.806.928

introdução e com a metodologia apresentada (RES 466/12 item III.2.e).

O desenho do estudo está adequado para a proposta (RES 466/12 item III.2.e).

- Não foram descritas as características da população a estudar: tamanho, faixa etária, sexo, estado geral de saúde dos grupos (profissionais do centro de saúde, farmacêuticos, gestores, usuários do SUS (RES 466/12 item III.2.e).
- Estão descritos os métodos que afetem diretamente os sujeitos da pesquisa, porém não foram descritos os planos para o recrutamento de indivíduos. Não foram fornecidos os critérios de inclusão e exclusão (RES 466/12 item III.2.e).
- Da mesma forma, não foi descrito o local da pesquisa e se há infraestrutura necessária ao desenvolvimento da mesma (RES 466/12 item III.2.e).
- Não há informações dos critérios para suspender ou encerrar a pesquisa (RES 466/12 item III.2.e).

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os documentos estão presentes e adequados:

FORMULÁRIO DE INFORMAÇÕES BÁSICAS DO PROJETO.

FOLHA DE ROSTO.

CARTA DE ENCAMINHAMENTO.

ORÇAMENTO.

CRONOGRAMA.

TERMO DE CONCORDÂNCIA DA INSTITUIÇÃO CO-PARTICIPANTE.

CURRÍCULOS.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE).

Sobre o TCLE:

- Há um TCLE para ser apresentado a todos (profissionais do centro de saúde, farmacêuticos, gestores e usuários do SUS), sendo assim a linguagem deve ser acessível a todos os participantes da pesquisa, com especial atenção aos usuários do SUS (466/12 item IV.3.a).
- Possui justificativa e objetivos, porém os procedimentos não foram totalmente esclarecidos, como o tipo de questionário e a necessidade de se gravar as respostas. (466/12 item IV.3.a).
- Apresenta os desconfortos e riscos possíveis e os benefícios esperados (466/12 item IV.3.b).
- Descreve a forma de acompanhamento e assistência, assim como seus responsáveis (RES 196/96 item IV.d).

Continuação do Parecer: 1.805.928

- Relata a liberdade do sujeito se recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (466/12 item IV.3.d).
- Oferece a garantia do sigilo que assegure a privacidade dos sujeitos quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa (466/12 item IV.3.e).

Informamos que em acordo com a resolução 466/12 item IV.1 entende-se por Processo de Consentimento Livre e Esclarecido todas as etapas a serem necessariamente observadas para que o convidado a participar de uma pesquisa possa se manifestar, de forma autônoma, consciente, livre e esclarecida.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

1ª ANÁLISE:

- 1) No formulário "Informações Básicas do Projeto" selecionar o CEP da FEPECS.
- 2) Uniformizar os títulos que estão diferentes na plataforma e no projeto.
- 3) O resumo está incompleto, solicitamos a adequação do mesmo incluindo informações sobre o material e métodos.
- 4) Relatar como o pesquisador responsável irá suspender a pesquisa caso perceba algum risco ou dano à saúde do sujeito participante da pesquisa. Descrever os critérios para suspender ou encerrar a pesquisa.
- 5) Propor medidas para proteção ou minimização de qualquer risco eventual. Pois mencionar que será garantido o sigilo das informações prestadas não é suficiente para minimizar um possível constrangimento que algumas perguntas podem oferecer.
- 6) Estabelecer as características da população a estudar: tamanho da amostra, faixa etária, sexo, estado geral de saúde dos grupos (profissionais do centro de saúde, farmacêuticos, gestores, usuários do SUS). Perfil dos gestores e dos usuários do SUS.
- 7) Descrever os planos para o recrutamento de indivíduos e os critérios de inclusão e exclusão.
- 8) Descrever o local da pesquisa e se há infraestrutura necessária ao desenvolvimento da mesma.
- 9) Adequar a linguagem do TCLE a todos os participantes da pesquisa, em especial aos usuários do SUS. Para atender a essa especificidade deve-se fazer um TCLE para cada público alvo.
- 10) Detalhar os procedimentos no TCLE como o tipo de questionário, número de encontros e a necessidade de se gravar as respostas. Detalhar melhor a metodologia em todos eles.

2ª ANÁLISE:

Continuação do Parecer: 1.806.928

1) "Foi incorporado como instituição co-participante a Secretária de Saúde/Fepecs. A pesquisa será conduzida em todos os centros de saúde do Distrito Federal que possuam farmacêuticos atuantes. Serão participantes do estudo os farmacêuticos, outros profissionais de saúde, os usuários e os gestores dos centros de saúde. Como os gestores dos centros de saúde serão entrevistados, os mesmos não poderiam assinar os termos de anuência de coparticipação/concordância, já que deverão assinar os termos de consentimento livre e esclarecido (TCLE) como participantes da pesquisa. Assim, conforme orientação recebida no próprio CEP da FEPECS, foram recrutadas as assinaturas do Coordenador da Atenção Básica do Distrito Federal e do Diretor de Assistência Farmacêutica da SES-DF para o termo de anuência de coparticipação/concordância."

2) Solicitação atendida.

3) Foi realizada a alteração do resumo na plataforma com inclusão de informações de materiais e métodos, como se segue:

"A assistência farmacêutica corresponde a um conjunto de ações e serviços necessários para o pleno desenvolvimento da atenção primária à saúde do Sistema Único de Saúde, buscando garantir aos usuários o acesso e o uso racional de tecnologias em saúde, dentro de um contexto de atendimento multiprofissional, humanizado, integral e sistêmico. Porém, no âmbito da atenção primária à saúde e outros níveis assistenciais, o acesso as tecnologias em saúde ainda é deficitário, que somado à falta de orientações e de informações sobre a correta utilização destes produtos, acarretam o uso inadequado e inseguro, materializado na forma de problemas relacionados aos medicamentos e outros eventos adversos. Assim, faz-se necessária a investigação da qualidade dos serviços farmacêuticos que estão sendo oferecidos na atenção primária à saúde, com ênfase aos clínicos, dada a sua necessidade de expansão desses serviços para o aumento do uso racional de medicamentos, resolubilidade e integralidade das ações em saúde. Para tanto, esse estudo objetiva validar um instrumento que avalie a qualidade dos serviços farmacêuticos clínicos segundo a percepção dos usuários, profissionais de saúde e gestores da APS da SES-DF. Para executar o objetivo da pesquisa será triangulado quatro percursos metodológicos: revisão integrativa da literatura sobre o tema, estudo transversal com farmacêuticos atuantes na área, pesquisa qualitativa com análise SWOT com stakeholders e validação de instrumento por validade de conteúdo."

4) Segundo o pesquisador: "Caso seja percebido algum risco ou dano à saúde do sujeito participante da pesquisa, o fato será comunicado ao CEP da FEPECS e da UCB, para estimativa da necessidade de adaptação ou suspensão. Caso haja necessidade de suspensão detectada pelo

Continuação do Parecer: 1.806.928

CEPs descritos acima, a pesquisa não será realizada, assim como será conduzida a notificação à Secretária de Saúde (aos gestores que assinaram o termo de anuência de coparticipação/concordância), o CEP-UCB e o CEP-FEPECS."

5) "O pesquisador principal assume a responsabilidade de dar assistência integral às complicações e danos decorrentes dos riscos previstos. Para tanto, serão oferecidas assistências integrais durante todo o momento de condução da pesquisa. Também após a condução das entrevistas, serão enfatizadas as informações para que os participantes possam entrar em contato com o pesquisador principal para obtenção de maiores esclarecimentos ou até mesmo suspensão da participação no estudo." Descreve ainda que: "Os riscos da pesquisa estão relacionados com o constrangimento que algumas perguntas podem oferecer aos profissionais (principalmente os farmacêuticos) e gestores, que podem sentir que as suas práticas estão sendo colocadas em xeque, assim como as suas capacidades e desempenhos profissionais. Já os usuários podem imaginar que respondendo que os serviços farmacêuticos não preenchem os requisitos de qualidade fragilizaria os seus acessos às ações e produtos de saúde. Para minimizar os riscos, será assegurado o sigilo das informações, assim como as entrevistas serão conduzidas em espaço privativo, que pode ser no próprio centro de saúde ou outro espaço a ser pactuado entre o pesquisador e os entrevistados."

6) "São características da população a ser estudada:

a.Usuários: a partir de 18 anos, ambos os sexos, que apresente qualquer estado de saúde e que participem de algum serviço farmacêutico clínico prestado na unidade básica de saúde visitada. Foram estimados 15 entrevistados.

b.Profissionais de saúde: atores que atuem pelo menos 6 meses na atenção básica, a partir de 18 anos, de ambos os sexos, e que participem de alguma atividade vinculada aos serviços farmacêuticos clínicos. Foram estimados 15 entrevistados.

c.Farmacêuticos: a partir de 18 anos, ambos os sexos, que atuem pelo menos 6 meses na atenção básica. Pelo levantamento da DIASF 48 farmacêuticos atuam em centros de saúde.

d.Gestores: atores que atuem pelo menos 6 meses na gestão do centro de saúde, a partir de 18 anos, de ambos os sexos, e que operacionalizem gestão nos centros de saúde onde são prestados os serviços farmacêuticos clínicos. Foram estimados 10 entrevistados."

7) O pesquisador relata que: "Serão convidados todos os farmacêuticos lotados em centros de saúde do DF para realização do estudo transversal. Depois dessa etapa, por meio do auxílio dos farmacêuticos que já foram previamente entrevistados, serão convidados para participar do estudo os usuários, os demais profissionais de saúde e gestores, pelo método de amostragem de

Continuação do Parecer: 1.806.928

conveniência para a realização da pesquisa qualitativa. Os critérios de inclusão são os que estão descritos acima. Serão excluídos os participantes que não aceitarem participar do estudo e que estiverem afastados do serviço (no caso dos profissionais que estiverem de férias, licenças por motivos de saúde, entre outros)."

8) "O cenário de pesquisa serão os centros de saúde do Distrito Federal. Os mesmos possuem infraestrutura física apropriada para a condução das entrevistas. Para fins de comodidade dos entrevistados, a pesquisadora pode combinar outros espaços para a realização das entrevistas fora dos centros de saúde."

9) e 10) O TCLE foi personalizado segundo o público a ser estudado, gerando 4 versões que estão anexas na plataforma. Todas as demandas requisitadas pelo CEP foram sistematicamente incorporadas e estão de acordo.

O projeto atende às exigências da Resolução 466/12 e recomenda-se sua aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

Após a realização da pesquisa é compromisso dos/das proponentes a entrega de relatório final ou versão final do trabalho.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_803257.pdf	01/11/2016 14:07:44		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	ModeloTCLE_usuario.doc	01/11/2016 14:06:53	Débora Santos Lula Barros	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	ModeloTCLE_profissional_de_saude.doc	01/11/2016 14:06:31	Débora Santos Lula Barros	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	ModeloTCLE_gestores.doc	01/11/2016 14:06:06	Débora Santos Lula Barros	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de	ModeloTCLE_farmaceutico.doc	01/11/2016 14:05:53	Débora Santos Lula Barros	Aceito

Continuação do Parecer: 1.806.928

Ausência	ModeloTCLE_farmaceutico.doc	01/11/2016 14:05:53	Débora Santos Lula Barros	Aceito
Outros	Resposta_pendencia_SFC_APS.pdf	01/11/2016 13:35:59	Débora Santos Lula Barros	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Carta_encaminhamento_CEP_UCB_Fe pecs.pdf	01/11/2016 13:34:45	Débora Santos Lula Barros	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	03/10/2016 17:47:17	Débora Santos Lula Barros	Aceito
Outros	termo_intituicao_coparticipante.pdf	03/10/2016 17:46:18	Débora Santos Lula Barros	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_pesquisa_CEP_UCB_corrigeo.docx	01/10/2016 14:37:26	Débora Santos Lula Barros	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BRASILIA, 06 de Novembro de 2016

Assinado por:
Cintia do Couto Mascarenhas
(Coordenador)