



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE**  
**DEPARTAMENTO DE FARMÁCIA**  
**CURSO DE FARMÁCIA**

**KLÉBSON GONÇALVES TORRES**

**ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA: UMA REFLEXÃO SOBRE O PAPEL  
DO FARMACÊUTICO NO SUS.**

**CAMPINA GRANDE/PB**

**2012**

**KLÉBSON GONÇALVES TORRES**

**ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA: UMA REFLEXÃO SOBRE O PAPEL  
DO FARMACÊUTICO NO SUS.**

Monografia apresentada ao Curso de graduação em Farmácia da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) em cumprimento às exigências para obtenção do grau de Bacharel em Farmácia.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Rosemary Sousa Cunha Lima

CAMPINA GRANDE- PB

2012

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA CENTRAL – UEPB

T693a Torres, Klébson Gonçalves.  
Assistência farmacêutica: uma reflexão sobre o papel do farmacêutico no SUS / Klébson Gonçalves Torres. – 2012.  
46 f. : il. color.

Digitado.  
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Farmácia) – Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2012.

“Orientação: Prof. Dra. Rosemary Sousa Cunha Lima, Departamento de Farmácia.”

1. Assistência farmacêutica. 2. Farmácia. 3. SUS. I. Título.

21. ed. CDD 362.1

**KLÉBSON GONÇALVES TORRES**

**ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA: UMA REFLEXÃO SOBRE O PAPEL  
DO FARMACÊUTICO NO SUS.**

Monografia apresentada ao Curso de graduação em Farmácia da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) em cumprimento às exigências para obtenção do grau de Bacharel em Farmácia.

Aprovada em 24/11/2012.

Rosemary Sousa Cunha Lima.

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Rosemary Sousa Cunha Lima

Departamento de Farmácia/CCBS/Campus I/UEPB

Orientadora

Lindomar de Farias Belém

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Lindomar de Farias Belém

Departamento de Farmácia/CCBS/Campus I/UEPB

Examinadora

Rossana Miranda Cruz Câmello Pessoa

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Rossana Miranda Cruz Câmello Pessoa

Departamento de Farmácia/CCBS/Campus I/UEPB

Examinadora

## DEDICATÓRIA

*Aos meus pais, à minha esposa, minha Vó, minha irmã e aos meus tios. Juntos, vocês são fundamentais na minha vida.*

## AGRADECIMENTOS

*A Deus, que me concedeu o dom da vida e permitiu a realização desta grande jornada.*

*Aos meus queridos e amados pais, João e Amparo pela força e por estarem sempre ao meu lado.*

*A minha esposa Alba, pelo companheirismo e, principalmente, confiança.*

*Aos meus tios, que sempre me apoiaram em todos os momentos difíceis da minha vida. Obrigado por tudo.*

*Aos meus colegas de sala, que no convívio diário aprendemos e crescemos juntos, tornando-nos Farmacêuticos.*

*À minha orientadora, Rosemary Sousa Cunha Lima, pelo apoio e paciência que teve para que esta meta fosse atingida.*

*Aos professores e supervisoras do Curso de Farmácia, pelo esforço que fez despertar em nós o conhecimento durante o mesmo. Especialmente às professoras membros da banca, Rossana e Lindomar.*

*A todos que, direta ou indiretamente, contribuíram para mais uma conquista.*

Título: Assistência Farmacêutica: uma reflexão sobre o papel do Farmacêutico no SUS.

Aluno: Klébson Gonçalves Torres

Orientadora: Rosemary Sousa Cunha Lima

## RESUMO

Assistência Farmacêutica é uma atividade multidisciplinar. É 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. Esta assistência foi proposta a fim de diminuir a morbimortalidade relacionada ao uso de medicamentos. Inclui a atenção farmacêutica como um modelo de prática profissional que envolve a relação face a face entre farmacêutico e paciente, em que o primeiro se responsabiliza pela satisfação das necessidades farmacoterapêuticas do segundo. Para se prover uma forma de cuidado integral é preciso uma equipe de profissionais que contemple as várias nuances das necessidades bio-psico-sociais do indivíduo. Nessa ótica e considerando o elevado índice de morbi-mortalidade relacionada ao uso de medicamentos, acreditamos que a inserção do farmacêutico nesta equipe pode trazer contribuições singulares à saúde das pessoas. A discussão aqui proposta tem por objetivo apresentar através de uma revisão de literatura o transcorrer da assistência farmacêutica na atenção primária.

Palavras-chave: assistência farmacêutica; atenção primária a saúde; atenção farmacêutica; farmácia clínica

E-mail: kgoncalvestorres@hotmail.com

Rosysousa1@hotmail.com

## **ABSTRACT**

Pharmaceutical Care is a multidisciplinary activity. It is set of actions for the promotion, protection and recovery of health, both individually and collectively, taking the medicine as essential input and seeking access to and rational use. This assistance was proposed in order to reduce morbidity and mortality related to drug use, which involves the relationship between pharmacist and patient, in that the first responsibility for meeting the needs of pharmacotherapeutics second. To provide a form of holistic care it takes a team of professionals that addresses the various needs of the nuances bio-psycho-social individual. From this perspective and considering the high rate of morbidity and mortality related to drug use, we believe that the inclusion of pharmacists in this team can bring unique contributions to people's health. The discussion proposed here aims to present through a literature review the course of pharmaceutical care in primary care.

Keywords: Pharmaceutical Care; primary healthcare, clinical pharmacy



## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAF	Central de abastecimento Farmacêutico
CEME	Central de Medicamentos
OMS	Organização Mundial de Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
SUS	Sistema Único de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>11</b>
<b>2 OBJETIVOS.....</b>	<b>13</b>
<b>3 METODOLOGIA.....</b>	<b>14</b>
<b>4 REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>15</b>
4.1 O contexto da atividade farmacêutica .....	15
4.2 Assistência Farmacêutica.....	16
<b>4.2.1 Central de Medicamentos (CEME) .....</b>	<b>17</b>
<b>4.2.2 Política Nacional de Medicamentos .....</b>	<b>18</b>
<b>4.2.3 Controle Social e Financiamento da Assistência Farmacêutica.....</b>	<b>19</b>
<b>4.2.4 Farmácia Básica.....</b>	<b>21</b>
<b>4.2.5 Assistência Farmacêutica na atualidade.....</b>	<b>22</b>
4.3 Ciclo da Assistência Farmacêutica .....	23
<b>4.3.1 Seleção de medicamentos.....</b>	<b>24</b>
4.3.1.1 Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME).....	24
<b>4.3.2 Programação.....</b>	<b>26</b>
<b>4.3.3 Aquisição.....</b>	<b>26</b>
<b>4.3.4 Armazenamento.....</b>	<b>27</b>
<b>4.3.5 Distribuição .....</b>	<b>28</b>
<b>4.3.6 Prescrição e Dispensação .....</b>	<b>28</b>
4.4 Atenção primária.....	29
4.5 Papel do Farmacêutico no SUS.....	31
4.6 A Farmácia Clínica .....	32
<b>5 DISCUSSÃO.....</b>	<b>35</b>
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>40</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>41</b>



## 1 INTRODUÇÃO

Assistência Farmacêutica é um conjunto de práticas voltadas à saúde individual e coletiva, tendo a finalidade de contribuir na melhoria da qualidade de vida da população, associando ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde. Atuando nas ações de saúde na promoção do acesso aos medicamentos essenciais e promovendo o seu uso racional (BRASIL, 2004).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (1988), o farmacêutico é o profissional com melhor capacitação para conduzir as ações destinadas à melhoria do acesso e promoção do uso racional dos medicamentos, sendo ele indispensável para organizar os serviços de apoio necessários para o desenvolvimento pleno da assistência farmacêutica.

A Assistência Farmacêutica foi proposta a fim de diminuir a morbimortalidade relacionada ao uso de medicamentos. Inclui a atenção farmacêutica como um modelo de prática profissional que envolve a relação face a face entre farmacêutico e paciente, em que o primeiro se responsabiliza pela satisfação das necessidades farmacoterapêuticas do segundo, guiado por uma filosofia de prática profissional e embasado em um processo de cuidado específico (FURTADO, 2008).

O medicamento representa um instrumento terapêutico altamente prevalente e impactante. Sua utilização, apesar de visar à melhoria da qualidade de vida dos pacientes, também pode ocasionar prejuízos à saúde (VIEIRA, 2007). Vários fatores podem influenciar os rumos do tratamento medicamentoso, dentre eles pode-se destacar a qualidade intrínseca do produto, adequação da prescrição e fatores relacionados ao uso de medicamentos pelos pacientes (HEPLER; STRAND, 1990). O resultado de tudo isso pode ser positivo ou aumentar a morbi-mortalidade relacionada aos medicamentos (HEPPLER, 2000; PATEL; ZED, 2002; SWEENEY, 2002). Essa é uma necessidade social que precisa ser atendida e a prática da assistência farmacêutica foi concebida com o intuito de atender essa demanda.

Para se abastecer uma forma de cuidado integral é preciso uma equipe de profissionais que contemple as várias nuances das necessidades bio-psico-

sociais do indivíduo. Nessa ótica, acredita-se que a inserção do farmacêutico nesta equipe pode trazer contribuições singulares à saúde das pessoas (FURTADO, 2008).

Bermudez et al. (1999, apud Merola, 2008) falam da dificuldade de inserir a Assistência Farmacêutica na assistência à saúde e consideram-na uma das áreas mais críticas da assistência à saúde. Para o autor, a falta de medicamentos compromete a imagem dos serviços e pode ocasionar internações desnecessárias onerando ainda mais o sistema de saúde. Sabe-se que o uso irracional, desnecessário e inadequado do medicamento também gera aumento na demanda.

Neste prisma, a orientação farmacêutica sobre a utilização correta do medicamento pode ser considerada uma estratégia de qualidade para adesão ao tratamento e para uso racional do medicamento (FERRAES 2002, apud MEROLA, 2008). Diante do exposto, julgou-se importante discorrer acerca da assistência farmacêutica na atenção primária, oferecendo subsídios aos profissionais da área para uma reflexão acerca de sua conduta.

## **2 OBJETIVOS**

### 2.1 Objetivo Geral

Discorrer sobre a Assistência Farmacêutica promovendo uma reflexão sobre o papel do farmacêutico no SUS.

### 2.2 Objetivos específicos

Descrever a assistência farmacêutica na atenção primária.

Descrever o ciclo da assistência farmacêutica, confrontado com a situação atual relatada na literatura.

Relatar sobre a importância da Central de Medicamentos e da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais na Assistência Farmacêutica.

### **3 METODOLOGIA**

O estudo é de caráter descritivo, com abordagem metodológica qualitativa compreendida no período de julho a setembro de 2012. A revisão sistemática da literatura foi realizada através de levantamento bibliográfico por meio das bases de dados Scielo e Lilacs, pesquisando artigos e livros, que discorrem sobre a assistência farmacêutica no tocante a atenção primária, utilizando o cruzamento das seguintes palavras-chave: Assistência Farmacêutica, Atenção Primária, Farmácia Clínica, CEME, Política Nacional de Medicamentos, RENAME, SUS, Medicamentos Essenciais. A revisão foi ampliada através da busca em outras fontes, tais como documentos governamentais, por meio de materiais on-line publicados pelo Ministério da Saúde.

## 4 REVISÃO DE LITERATURA

### 4.1 O contexto da atividade farmacêutica

O Curso de Farmácia abrange o campo da pesquisa científica, extensão e tecnológica. O farmacêutico participa na criação dos princípios ativos, de sua incorporação nas diversas formas farmacêuticas e no seu estudo farmacológico e clínico, na sua produção industrial e, finalmente, repassa ao público.

Hepler e Strand (1990) desenvolveram uma análise sobre os três períodos que consideraram os mais marcantes na atividade farmacêutica. O primeiro deles é o período onde o boticário estava na farmácia, naquela época botica. Ao farmacêutico era atribuído o papel tanto da manipulação, quanto da orientação e até da prescrição dos medicamentos. Nesse momento o farmacêutico estabelecia contato direto com a população e era respeitado, tinha uma prática interprofissional bem estabelecida com o médico.

A segunda fase é caracterizada pela industrialização com altos índices de produção de medicamentos, que alcançou após a Segunda Guerra Mundial. Com a industrialização farmacêutica, houve um aumento da demanda de profissionais nos parques tecnológicos. A chegada dos produtos industrializados à população fez com que esse profissional abandonasse seu papel de manipular os medicamentos. Certamente que a produção de medicamentos em larga escala e a perspectiva de combate a várias doenças significou um avanço para o campo da saúde. Porém, o novo paradigma terapêutico da era industrializada alterou hábitos e trouxe também problemas clínico-terapêuticos graves, como por exemplo o aumento da resistência ao uso de antimicrobianos e o do número de internações e óbitos devido ao uso inadequado de medicamentos. (MAGALHÃES; CARVALHO, 2003). A terceira fase constitui o desenvolvimento da atenção ao usuário e o medicamento passa a ser visto como um meio ou instrumento para se alcançar um resultado, seja este paliativo, curativo, preventivo ou diagnóstico.

A conferência mundial, realizada em Alma-Ata, foi um avanço importante para o desenvolvimento da assistência farmacêutica no mundo (ORGANIZAÇÃO..., 1978). Foram destacados pontos importantes em relação à



assistência farmacêutica, destacando-se: o abastecimento dos medicamentos essenciais, considerado um dos oito elementos básicos da atenção primária a saúde; recomendação para que os governos formulassem políticas e normas nacionais de importação, produção local, venda e distribuição de medicamentos e produtos biológicos de modo a assegurar, pelo menor custo possível, a disponibilidade de medicamentos essenciais nos diferentes níveis dos cuidados primários a saúde; que adotassem medidas específicas para prevenir a excessiva utilização de medicamentos; que incorporassem medicamentos tradicionais de eficácia comprovada e estabelecessem sistemas eficientes de administração e fornecimento (ARAÚJO et al., 2008).

A assistência farmacêutica no Brasil pode ser considerada como parte indissociável do modelo assistencial existente, sendo de caráter multiprofissional e intersetorial. (ENCONTRO..., 1988).

#### 4.2 Assistência Farmacêutica

Segundo Nascimento (2004), o termo assistência farmacêutica foi utilizado pela primeira vez por Mikeal (1975) como sendo a assistência que um determinado paciente necessita e recebe, que assegura um uso seguro e racional de medicamentos.

Um conceito mais amplo e atualizado da Assistência Farmacêutica é o que trata de um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletivo, tendo o medicamento como insumo essencial e visando o acesso e ao seu uso racional. Este conjunto envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como a sua seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população (CONSELHO..., 2004).

Este conceito busca uma concepção ampla do processo saúde-doença e de seus determinantes, além de ampliar a assistência farmacêutica para um conjunto de procedimentos centrados no medicamento, de caráter multiprofissional. Pode-se dizer que o I Encontro Nacional de Assistência

Farmacêutica e Política de Medicamentos, que aconteceu em Brasília, no ano de 2003, foi importante para a reorientação da assistência farmacêutica. Seu diagnóstico serviu de base para as subseqüentes discussões que embasaram a proposta da Política Nacional de Medicamentos, e suas principais diretrizes foram incorporadas a Lei Orgânica da Saúde (RIECK, 2008).

#### **4.2.1 Central de Medicamentos (CEME)**

Em 25 de junho de 1971 foi criada a CEME pelo Decreto 68.806, tendo como objetivo a promoção e a organização das atividades de assistência farmacêutica aos estratos populacionais de reduzido poder aquisitivo, o incentivo à instalação de fábricas de matérias-primas e de laboratórios pilotos, e o incremento à pesquisa científica e tecnológica no campo químico-farmacêutico. Entre os seus objetivos específicos, ressalta-se a identificação de indicadores, como a incidência de doenças por região e por faixa de renda, o levantamento da capacidade de produção dos laboratórios farmacêuticos, a racionalização das categorias básicas de medicamentos por especialidades, a organização de eventos científicos, o planejamento e a coordenação de mecanismos de distribuição e venda de medicamentos em todo o território nacional (BERMUDEZ, 1995).

Segundo Cosendey et al (2000), por ser um órgão que estava ligado diretamente à Presidência da República, estaria sujeita às influências das várias correntes ideológicas e dos interesses políticos que predominavam na época, passando por várias fases desde sua criação. Na medida em que o contexto político se alterava, desviavam-se dos seus objetivos iniciais.

Em 1988, com a promulgação da Constituição Federal do Brasil, foi conferido ao Estado o papel de assegurar a saúde de forma universal, integral e equânime, incluindo a assistência farmacêutica. Apesar disto, no período compreendido entre 1991 e 1992, a CEME reduziu a 20% seus níveis históricos de cobertura da demanda de medicamentos para o SUS (BERMUDEZ, 1995).

Para Pereira (1995) a partir de 1990, no governo Collor, os problemas de indefinição dos objetivos da CEME se agravaram. Ela passou por uma fase de agitação e mudanças caóticas. Sua estrutura administrativa foi desmontada

usando-se como pretexto a modernização, sem na verdade ter nada de concreto para colocar no lugar, denotando uma típica ação de sabotagem, veio à tona com os escândalos do governo federal vigente na época.

Esta série de escândalos culminou com a desativação da CEME e o realinhamento estratégico das competências, planos, programas e projetos a cargo da mesma (BERMUDEZ et al., 1997). Desta forma, as suas atividades foram pulverizadas em diferentes órgãos do Ministério da Saúde, como Secretaria de Vigilância Sanitária, Secretaria de Políticas de Saúde, Secretaria Executiva e Secretaria de Projetos Especiais de Saúde, esta última posteriormente extinta. (COSENDEY et al., 2000)

#### **4.2.2 Política Nacional de Medicamentos**

A Lei Orgânica da Saúde (Lei n. 8080/90) regulamentou as políticas de saúde garantidas na Constituição Federal, e o seu Artigo 6º determina como campo de atuação do SUS, a “formulação da política de medicamentos (...)” e atribui ao setor saúde a responsabilidade pela “execução de ações de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica”

Em 1998, a Política Nacional de Medicamentos, foi publicada por meio da Portaria GM/MS n.º 3916, tendo como finalidades principais garantir a necessária segurança, a eficácia e a qualidade dos medicamentos, promover o uso racional dos medicamentos e o acesso da população àqueles medicamentos considerados essenciais (BRASIL, 1998).

Adotando as diretrizes da Lei Orgânica da Saúde, a Política Nacional de Medicamentos, tornou-se o instrumento norteador no campo de medicamentos no país. Esta política, que tem como base os princípios do SUS, estabelece as seguintes diretrizes gerais (BRASIL, 1998):

- Adoção da relação de medicamentos essenciais;
- Regulação sanitária de medicamentos;
- Reorientação da assistência farmacêutica;
- Promoção do uso racional de medicamentos;

- Desenvolvimento científico e tecnológico;
- Promoção da produção de medicamentos;
- Garantia da segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos;
- Desenvolvimento e capacitação de recursos humanos.

A Política Nacional de Medicamentos definiu Assistência Farmacêutica como um grupo de atividades relacionadas com o medicamento, destinadas a apoiar as ações de saúde demandadas por uma comunidade. Abrange o abastecimento de medicamentos em todas e em cada uma de suas etapas essenciais, a conservação e controle de qualidade, a segurança e a eficácia terapêutica dos medicamentos, o acompanhamento e a avaliação da utilização, a obtenção e a difusão de informação sobre medicamentos e a educação permanente dos profissionais de saúde, do paciente e da comunidade para assegurar o uso racional de medicamentos (BRASIL, 1998).

Ainda permaneceu definido que esta política deveria formular diretrizes de reorientação do modelo de assistência farmacêutica, com a definição do papel das três instâncias político-administrativas do SUS. Desta forma, o nível de gestão municipal, aquele mais próximo da população, seria o responsável pela execução das ações, incluindo a dispensação de medicamentos essenciais, tanto aqueles adquiridos por ele próprio, quanto os repassados por outros níveis de governo. Caberia à gestão estadual a responsabilidade de organização e coordenação das ações de assistência farmacêutica dentro do Estado, além da responsabilidade do provimento de medicamentos de alto custo ou excepcionais (BRASIL, 1998).

#### **4.2.3 Controle Social e Financiamento da Assistência Farmacêutica**

No que diz respeito ao controle social, a 1.<sup>a</sup> Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica, realizada em Brasília no ano de 2003, foi um marco da participação organizada da sociedade na construção de propostas que garantissem a implantação e reestruturação da assistência farmacêutica e da política de medicamentos no âmbito dos estados e municípios. Grande ênfase foi dada ao financiamento público dos medicamentos utilizados no SUS. Várias propostas trataram do acesso do

usuário a medicamentos seguros, eficazes, com regularidade, suficiência e orientação para o uso correto (SILVA, 2011).

O financiamento da Assistência Farmacêutica se constitui historicamente dentro do SUS como um suprimento para as ações e serviços de saúde, com baixa ou nenhuma inserção na programação e organização dessas ações e serviços. Entretanto, nos últimos anos, a assistência farmacêutica ganhou relevância nas discussões acerca da gestão do Sistema Único de Saúde, à medida que os gestores perceberam a demanda crescente de recursos alocados para a aquisição de medicamentos e a relação com a qualidade dos serviços de saúde (BRASIL, 2006).

Este financiamento foi compartilhado pelas três esferas de governo (União, estados e municípios) pela Portaria GM/MS nº 176/1999 para aquisição dos medicamentos da atenção básica. Tal inovação trouxe grandes desafios aos municípios na ascensão de suas atribuições inerentes ao processo de descentralização da assistência farmacêutica no âmbito da Política Nacional de Medicamentos. Ao longo do tempo, vários ajustes vêm sendo feitos no modelo de financiamento, buscando principalmente, esclarecer as responsabilidades quanto aos diferentes grupos de medicamentos, atualizar as listas de produtos e valores e estabelecer mecanismos de gestão e de prestação de contas (SILVA, 2011).

A Assistência Farmacêutica na Atenção Básica é financiada pelo Ministério da Saúde, Estados e Municípios. De acordo com a Portaria nº 4.217, de 29 de dezembro de 2010, a contra partida federal é de R\$ 5,10/habitante/ano, e as contrapartidas estadual e municipal devem ser de no mínimo R\$ 1,86/habitante/ano cada, sendo que esses recursos devem se aplicados no custeio dos medicamentos destinados aos agravos prevalentes e prioritários da Atenção Básica (BRASIL, 2010).

No mesmo documento está estabelecido que ainda podem ser comprados com esses recursos, os medicamentos fitoterápicos estabelecidos na Portaria nº 4.217, no mesmo ano de 2010 e medicamentos homeopáticos constantes na Farmacopéia Homeopática Brasileira 2ª edição. Um percentual de até 15% da soma das contrapartidas estaduais e municipais pode ser aplicado também em ações de estruturação das Farmácias do SUS e

qualificação dos serviços farmacêuticos destinados à Assistência Farmacêutica Básica (BRASIL, 2010).

#### **4.2.4 Farmácia Básica**

Segundo Bermudez (1992), em 1987 entrou em operacionalização a Farmácia Básica, que foi uma proposta governamental para racionalizar o fornecimento de medicamentos para a atenção primária de saúde. Idealizada como um módulo-padrão de suprimento de medicamentos selecionados da RENAME, que permitiam o tratamento das doenças mais comuns da população brasileira, especialmente aquelas voltadas para o nível ambulatorial. Os modelos padrão foram planejados para atender as necessidades de três mil pessoas por um período de seis meses, constando de 48 medicamentos.

Posteriormente, foram acrescentados à Farmácia Básica medicamentos de uso contínuo, totalizando 60 medicamentos considerados de maior demanda na rede pública de saúde (MEDICI et al., 1991; BERMUDEZ, 1995). No ano da implantação apenas 3.370 dos 4.600 municípios foram beneficiados, as descontinuidades nos fornecimentos nos anos posteriores impediram que este programa tivesse um desempenho mais satisfatório. Segundo Medici et al (1991), em 1989 o programa contemplou 50 milhões de pessoas, e Castelo et al. (1991) acrescentam que isto ocorreu por intermédio de mais de 19.200 farmácias básicas implantadas.

Em 1997, o governo brasileiro lançou um programa de distribuição de medicamentos essenciais denominado Programa Farmácia Básica com o objetivo de possibilitar o acesso da população a estes medicamentos na atenção primária de saúde. Este programa está estruturado em duas etapas. Na primeira etapa, que compreende o período de dezembro/ 97 a julho/98, foram distribuídos os medicamentos que compõem a relação da Farmácia Básica para os municípios com população menor que 21.000 habitantes. A partir de agosto de 1998, o governo efetuou apenas o repasse da verba referente ao gasto com medicamentos, que deveria ser administrada pelas secretarias estaduais de saúde (BRASIL, 1997).

Para Bermudez (1995), o módulo de Farmácia Básica pode ser identificado, como um instrumento de favorecimento do clientelismo político,

em grande parte, contribuindo para a distorção da CEME de suas finalidades iniciais e para o quadro de esvaziamento político que caracterizou as consecutivas mudanças em sua vinculação institucional.

Era fornecido para todas as regiões do Brasil o mesmo módulo-padrão que apresentavam perfis epidemiológicos totalmente diferenciados. Este fato teve como consequência à falta de alguns medicamentos e o excesso de outros, o que incorria em desperdício. A falta de planejamento na produção e distribuição dos medicamentos do programa fazia com que as unidades de saúde recebessem muitos medicamentos com a data de validade próxima ao vencimento, o que promovia grandes perdas, pois todas as unidades encontravam-se abarrotadas destes produtos, impossibilitando inclusive seu remanejamento (COSENDEY et al., 2000).

#### **4.2.5 Assistência Farmacêutica na atualidade**

Segundo (BRASIL, 2012) nos últimos anos, a Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde vem sendo imposta pelos municípios, estados e governo federal, como uma estratégia para o aumento e a qualificação do acesso da população aos medicamentos. O Ministério da Saúde, com base na Política Nacional de Assistência Farmacêutica, tem desenvolvido diversas ações estruturantes para qualificar a gestão da assistência farmacêutica e promover o acesso racional aos medicamentos, tais como:

O Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica (HORUS) visa instrumentalizar a gestão municipal para auxiliar no planejamento, monitoramento e avaliação das ações da Assistência Farmacêutica integrando as informações do nível central com as das farmácias das unidades de saúde e das Centrais de Abastecimento Farmacêutico. Além disso, possibilita aos gestores do SUS aperfeiçoarem os mecanismos de controle e a aplicação dos recursos financeiros, estabelecerem o perfil de prescrição e de dispensação de medicamentos no país e qualificarem as ações de gestão da Assistência Farmacêutica.

O lançamento também do Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no âmbito do SUS (Qualifar-SUS) ocorreu em abril de 2012, foi o destinado a qualificar a gestão dos serviços farmacêuticos no SUS. A ação foi pactuada durante reunião da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e tem o objetivo de aprimorar a distribuição de medicamentos, principalmente em localidades de maior pobreza, ampliando e tornando mais eficiente o acesso da população a esses produtos.

#### 4.3 Ciclo da Assistência Farmacêutica

O governo juntamente com suas esferas são co-responsáveis para garantir o desenvolvimento e aprimoramento das atividades de assistência farmacêutica. Na maioria das vezes, é no âmbito municipal onde se concretizam os componentes do ciclo da assistência farmacêutica: seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição, prescrição, dispensação e uso dos medicamentos (FIGURA 1). Diante deste fato, os municípios devem incorporar como elemento estratégico ao processo gerencial a cultura avaliativa para permitir um diagnóstico da situação com maior segurança e poder planejar as ações de maneira eficiente (CORREIA et al., 2009).

**Figura 1: Ciclo da Assistência Farmacêutica**



Fonte: (BRASIL, 2002)



### 4.3.1 Seleção de medicamentos

É a atividade mais importante da Assistência Farmacêutica, pois é a partir da seleção que são desenvolvidas as demais. A seleção deve ser acompanhada da elaboração de formulário terapêutico, documento que reúne informações técnico-científicas relevantes e atualizadas sobre os medicamentos selecionados, servindo de subsídio fundamental aos prescritores. Constitui um processo dinâmico, participativo, que precisa ser bem articulado e deve envolver a maior representatividade de especialidades médicas e profissionais da saúde.

Segundo Araújo et al. (2008), era fundamental que os gestores racionalizem a utilização dos medicamentos desde a prescrição até a utilização por parte do usuário.

A seleção dos medicamentos deve ser baseada nos critérios epidemiológicos e farmacoeconômicos, além de considerar a eficácia e segurança dos medicamentos, evitando as pressões mercadológicas e de relações interpessoais, minimizando o modelo estruturado com base na consulta médica e no atendimento automático da demanda por ela gerada (MESTRINER, 2003).

#### 4.3.1.1 Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME)

Em 1975 foi constituída a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) pela Portaria nº. 223 do Ministério da Previdência e Assistência Social (BERMUDEZ, 1995), era um instrumento estratégico da Política Nacional de Medicamentos. O fornecimento de medicamentos por parte do governo para as unidades de saúde era deficiente durante um grande período da existência da CEME, apesar de existir uma lista composta de medicamentos prioritários. Mesmo assim, simboliza um esforço na direção de uma Assistência Farmacêutica mais eficaz e de melhor qualidade (PEPE; VERAS, 1995).

Técnicos da CEME chegaram a listar 305 substâncias farmacêuticas que possibilitariam atender 99% das necessidades médicas da população, racionalizando os critérios e procedimentos de compra (PEREIRA, 1995).

Pepe e Veras (1995) afirmaram que a RENAME é uma lista de medicamentos que deve atender às necessidades de saúde prioritárias da população brasileira. Devendo ser um instrumento mestre para as ações de Assistência Farmacêutica no SUS. Relação de medicamentos essenciais é uma das estratégias da política de medicamentos da OMS para promover o acesso e uso seguro e racional de medicamentos. Foi adotada em 1978, pela OMS e continua sendo norteadora de toda a política de medicamentos da Organização e de seus países membros. Vieira (2007), diz que foram mais de trezentos itens, destinados ao tratamento das principais enfermidades no Brasil. Em termos de recursos, em 2003 só o Ministério da Saúde despendeu uma cifra que ultrapassa 1,8 bilhões reais para a aquisição de medicamentos em unidades ambulatoriais ou repasse de recursos para compra descentralizada, isso sem contar a contrapartida dos estados e municípios para a aquisição desses insumos.

Após 15 anos da última revisão publicada no país foi finalmente atualizada em 1998, seguindo diretrizes recomendadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS), tendo por base a revisão feita em 1993 pela CEME, mas não divulgada, além de revisão da literatura mundial recente. Nesta nova edição, conferiu-se ênfase à avaliação de segurança e eficácia, além de se considerar a respeito da disponibilidade dos produtos no mercado interno. A lista continha 303 princípios ativos em 545 apresentações destinadas a atender as principais doenças prevalentes no Brasil (BRASIL, 1998).

A RENAME, desde então, sofreu cinco revisões mais recentes que foram a de 2002, a de 2006, a de 2008, a de 2010 e a de 2012 sendo a última publicada pela Portaria MS/GM n.º 533, de 29 de março de 2012. Esta última revisão, a RENAME 2012, possui 810 itens, foi elaborada a partir de um conceito mais amplo do que é essencial para a população. Todos os medicamentos de uso ambulatorial foram incluídos – entre eles, insumos e vacinas. Por isso, a lista mais do que dobrou de tamanho, ganhando 260 itens, sendo que RENAME/2010 se limitava a 550 itens. (BRASIL, 2012).

### **4.3.2 Programação**

A segunda etapa do ciclo é a programação, que tem como objetivo garantir a disponibilidade dos medicamentos previamente selecionados nas quantidades adequadas e no tempo oportuno para atender as necessidades da população. A programação deve ser ascendente, levando em conta as necessidades locais de cada serviço de saúde” (BRASIL, 2006). Deverá dispor de alguns requisitos como: dados de consumo e de demanda de cada produto, incluindo sazonalidades e estoques existentes, considerando períodos de descontinuidade; sistema de informação e de gestão de estoques eficientes; perfil epidemiológico local; dados populacionais; conhecimento da rede de saúde local; recursos financeiros para definir prioridades e executar a programação; mecanismos de controle e acompanhamento (MARIN et al., 2003).

Percebe-se que a programação é uma atividade associada ao planejamento que necessita da contribuição dos diferentes sujeitos, por meio dos diferentes saberes, práticas e conhecimentos que, integrados numa perspectiva coletiva, possibilitem a efetivação de ações que assegurem o direito à saúde. A atividade mais comumente relatada quanto a esta etapa é o uso de planilhas para acompanhamento da demanda atendida e reprimida, consumo médio, entre outros. No entanto, a programação e planejamento vão além desta simples observação, pois é um processo dinâmico em que seu objeto de trabalho deve ser analisado criticamente pelos vários sujeitos (MARTINS et al., 2008; ALENCAR, NASCIMENTO, 2011).

### **4.3.3 Aquisição**

O Ministério da Saúde, diz que a aquisição, por ser a terceira etapa do ciclo deve abranger: um conjunto de procedimentos articulados pelas quais se efetiva o processo de compra de medicamentos estabelecidos pela programação, de forma a garantir o suprimento das unidades de saúde em quantidade, qualidade e menor custo/efetividade, com a finalidade de manter a regularidade e o funcionamento do sistema (ALENCAR, NASCIMENTO, 2011).

O avanço, nos últimos anos, da política de financiamento da assistência farmacêutica tem facilitado a disponibilização de recursos para aquisição de medicamentos essenciais. No entanto, dados do sistema informatizado para a prestação de contas dos recursos financeiros do Programa de Incentivo a Assistência Farmacêutica Básica revelam que os recursos não estão sendo aplicados na sua totalidade, enquanto faltam medicamentos para atenção básica. A falta de orientação do pessoal envolvido no processo de aquisição resulta em aberrações administrativas como a compra de medicamentos da atenção básica com recursos destinados a outros fins, e falta de aplicação da contrapartida federal para esta finalidade (BARRETO, GUIMARÃES, 2010).

Canabarro e Hahn (2009), disseram que a administração precária dos processos de aquisição também foi observada no estudo, uma morosidade nos processos de licitação para compra de medicamentos na rede pública, o que frequentemente atrasava o abastecimento de todos os postos de distribuição existentes no município.

Os mesmo autores ressaltam que quando a assistência farmacêutica impor planos e traçar metas poderá convergir as ações das diferentes equipes de trabalho envolvidas, pois não se pode aceitar equívocos de servidores como “obstáculos” para a garantia da assistência farmacêutica integral.

#### **4.3.4 Armazenamento**

A quarta etapa do ciclo é o armazenamento, que é caracterizado por um conjunto de procedimentos técnicos e administrativos que envolvem as atividades de recebimento, estocagem, segurança e conservação dos medicamentos, bem como o controle de estoque (BRASIL, 2006).

A (CAF) Central de Abastecimento Farmacêutico é o local destinado à armazenagem dos medicamentos. A principal atividade consiste em acondicionar os medicamentos adquiridos de acordo com a programação realizada. Além disto, o controle de estoque é uma atividade inerente a armazenagem, cujo objetivo é garantir um adequado suprimento dos produtos para o atendimento das demandas, no sentido de evitar excessos ou desabastecimentos nos estoques, bem como perdas (ALENCAR, NASCIMENTO, 2011).

Percebe-se que a etapa “armazenamento” é de grande relevância para o ciclo da Assistência farmacêutica, pois influencia na disponibilização de medicamentos em qualidade, quando exige a manutenção dos produtos em condições adequadas; e quantidade, quando realiza o controle de estoque alimentando a etapa “programação”.

#### **4.3.5 Distribuição**

Esta etapa consiste no suprimento de medicamentos às unidades de saúde/municípios, em quantidade, qualidade e tempo oportuno, para posterior dispensação a população usuária. Uma distribuição adequada de medicamentos deve garantir rapidez e segurança na entrega, e eficiência no sistema de informação e controle.

Além disso, é importante também que seja considerado o transporte seguro, que mantenha a estabilidade dos produtos evitando-lhes danos. (BRASIL, 2001)

#### **4.3.6 Prescrição e Dispensação**

A prescrição é o “ato de definir o medicamento a ser consumido pelo paciente, com a respectiva dosagem e duração do tratamento.

A ultima etapa do ciclo da assistência consiste na dispensação do medicamento, que é o ato farmacêutico de aviar os medicamentos requisitados pelo prescritor, informando e orientando o paciente sobre seu uso adequado. Esta etapa, também representa o momento ímpar que o farmacêutico deve mostrar o seu diferencial em promover o uso racional de medicamentos e uma das últimas oportunidades de, ainda dentro do sistema de saúde, identificar, corrigir ou reduzir possíveis riscos associados à terapêutica medicamentosa (MARIN et al., 2003).

Canabarro; Hahn (2009) observaram que em onze de quinze equipes de saúde da família pesquisadas era o médico quem distribuía os medicamentos aos pacientes e os orientava sobre sua utilização. Entretanto, neste estudo não

foi realizada nenhuma investigação quanto ao tipo e/ou qualidade e eficácia da orientação prestada aos pacientes.

O farmacêutico é reconhecido pela OMS como dispensador de atenção sanitária, salientando que os benefícios da assistência farmacêutica devem ser direcionados ao paciente e à comunidade por meio de ações de promoção da saúde e prevenção de doenças. Então, percebendo que a dispensação consiste em ato do profissional farmacêutico, reconhece-se a necessidade de incorporá-lo às equipes de saúde e que este profissional conheça as condições de vida e de saúde da população ligada ao seu local de trabalho (CANABARRO; HAHN, 2009).

#### 4.4 Atenção primária

O primeiro nível de atenção à saúde é constituído pela atenção primária, sendo o primeiro contato do usuário com o SUS. Compreende um conjunto de ações e serviços de clínica médica, pediátrica, ginecologia, obstetrícia e encaminhamentos para os demais níveis. A estratégia da organização da atenção básica é o Programa de Saúde da Família (PSF).

A Saúde da Família é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade.

A equipe de saúde da família tem como objetivo principal fornecer um acompanhamento integral e contínuo, possibilitando uma visão ampliada do processo saúde-doença, com vistas a humanizar a assistência médico - sanitária no âmbito nacional. Basicamente é formada por um médico, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde. Pode contar com uma equipe de saúde bucal que é referência para até duas equipes de saúde da família, e conta com um cirurgião

dentista, um técnico de higiene bucal e um atendente de consultório dentário (BRASIL, 2004).

Vale ressaltar, que o advento da implantação do SUS, houve um grande avanço em termos globais na saúde, e a assistência farmacêutica é contemplada pelo SUS, que a garante legalmente como um direito de todos e dever do Estado (VIEIRA, 2007).

Para Araújo et al (2008), um serviço de boa qualidade é aquele que cumpre os requisitos estabelecidos, obtendo o máximo benefício com um mínimo risco para a saúde, proporcionando o bem-estar dos usuários, de acordo com os recursos disponíveis.

Os profissionais da saúde estão sendo cada vez mais cobrados, obrigando a incorporação de promoção da saúde em seu sentido mais amplo, indo além de prevenir e recuperar a saúde. A promoção da saúde, é o conjunto de atividades, processos e recursos, de ordem institucional, governamental ou da cidadania, orientados a propiciar o melhoramento de condições de bem estar e acesso a bens e serviços sociais, favorecendo o desenvolvimento de conhecimentos, atitudes e comportamentos favoráveis ao cuidado da saúde e de estratégias que permitam à população o maior controle sobre sua saúde e suas condições de vida, a nível individual e coletivo (FREITAS; CZERESNIA, 2004).

Para Araújo et al. (2008), a atividade de orientação aos usuários na farmácia das Unidades Básicas de Saúde torna-se impraticável, pois na farmácia deságuam quase todas as mazelas do sistema de saúde, por estar no elo final do processo de atendimento. As Unidades Básicas de Saúde constituem a principal porta de entrada do sistema de assistência à saúde estatal em nosso país. Todavia, o vínculo do serviço farmacêutico está relacionado com o modelo curativo, centrado na consulta médica e pronto atendimento, com a farmácia apenas atendendo a essas demandas.

A promoção da saúde, como uma das estratégias de produção de saúde, ou seja, como um modo de pensar e de operar articulado às demais políticas e tecnologias desenvolvidas no sistema de saúde brasileiro, contribuiu na construção de ações que possibilitam responder às necessidades sociais em saúde (BRASIL, 2006). A atenção primária necessita incorporar em suas práticas cotidianas este conceito e a inclusão do farmacêutico em todas as

instâncias do serviço público de saúde, especialmente na atenção primária trará uma importante contribuição ao serviço.

#### 4.5 Papel do Farmacêutico no SUS

O farmacêutico teve uma atuação tradicional desde o século XVIII, quando o mesmo, associava a produção e comercialização de produtos medicinais, apresentando vínculos com equipes de saúde e com o paciente. Porém, esta atuação diminuiu a partir da Segunda Guerra Mundial, em função do desenvolvimento da indústria farmacêutica. Isto levou a um desacerto entre a formação profissional as ações demandadas pela sociedade. Os conhecimentos adquiridos na graduação já não eram colocados em prática de forma permanente e acabavam se perdendo (BARROS; SANTOS, 2008).

Ainda os mesmo autores diziam que, o farmacêutico relacionado à área assistencialista distanciou-se das equipes de saúde e dos pacientes, passando a ser visto apenas como um dispensador de produtos fabricados.

A Farmácia como profissão tem sido caracterizada por um aglomerado de profissionais sem identidade, cada qual definido e voltado pelos interesses peculiares a cada ambiente de trabalho, afirmaram Cipolle; Strand; Morley (1998), Freitas (2005) e Oliveira (2003). Freitas (2005) acrescenta ainda que a profissão farmacêutica ainda é marcada por uma baixa coesão profissional e persiste como uma profissão “incompleta”, com forte ligação aos interesses comerciais, pouca autonomia e indefinição das atividades relacionadas à profissão. A posição do farmacêutico hoje é de um profissional desvinculado da saúde e que às vezes trabalha como dispensador de medicamentos (HEPLER; STRAND, 1990).

Sua formação tecnicista e focada no medicamento, ainda contribuiu para que ele se mantinha afastado da equipe de saúde. A ausência deste profissional na farmácia tem por consequência a falta de confiança por parte da sociedade. Em geral, as pessoas não sabem definir se quem os atende é farmacêutico ou balconista, se seu objetivo é ajudar enquanto profissional de saúde ou vender o medicamento mais lucrativo. Oliveira (2003) relata que a Assistência Farmacêutica propõe ao farmacêutico um método que lhe permite padronizar sua prática clínica e realizar intervenções focadas nos indivíduos e



baseadas em um processo racional de tomada de decisões relacionadas à terapia farmacológica dos pacientes acompanhados.

Blenkinsopp; Bradley (1996) e Hassel; Rogers; Noyce (2000) concordam quando relatam que existem aqueles que acreditam que o farmacêutico, atrelado aos interesses comerciais, se encontra impedido de se integrar à equipe de profissionais da atenção primária à saúde, outros afirmam que este é um embate muito mais teórico do que prático. Peretta; Ciccia (2000) e Hepler; Strand (1990) acrescentam que não há dúvidas de que ao longo deste tempo o farmacêutico perdeu-se no caminho de prestar um serviço junto ao paciente. Nesse caminho, sua ocupação passou pelas questões administrativas da farmácia e principalmente do medicamento, produto final de uma cadeia industrializada, totalmente descontextualizado de quem o utiliza.

No Encontro Nacional de Assistência Farmacêutica e a Política de Medicamentos (1988), no Brasil, foi definido o papel do farmacêutico nesta política: na medida em que é o único profissional da equipe de saúde que tem sua formação técnico-científica fundamentada na articulação de conhecimentos das áreas biológicas e exatas, o farmacêutico ocupa o papel chave.

Dessa forma, o farmacêutico deve rediscutir seu posicionamento como profissional da saúde, redefinindo seu trabalho com o medicamento e dando uma nova amplitude a ele. Essa mudança deve representar não somente uma mudança operacional na atividade farmacêutica, mas também uma alteração importante de paradigma com reflexos futuros na formação desse profissional.

#### 4.6 A Farmácia Clínica

A Farmácia Clínica significou a iniciação da orientação prática farmacêutica ao paciente, mesmo apresentando ainda alguns conceitos que destacavam o medicamento e não o paciente. Assim, entre o final da década de 1980 e o início de 1990, surgiu o conceito de Atenção Farmacêutica, com o objetivo de redirecionar o farmacêutico clínico à prestação de serviços para a assistência individual (BARROS; SANTOS, 2008). A Atenção Farmacêutica é baseada no acompanhamento farmacoterapêutico do paciente por meio de sua orientação, associado a prestação de serviços farmacêuticos de qualidade,

contribuindo para prevenir e detectar resultados negativos da farmacoterapia para serem solucionados. (BARROS; SANTOS, 2008).

Considera-se que a relação direta, orientação e acompanhamento do usuário do medicamento seja o momento mais importante no trabalho do farmacêutico, pois este profissional é o detentor privilegiado do conhecimento sobre os medicamentos

Entretanto, essa atividade é considerada incipiente no serviço público de saúde, devido a dificuldades desse profissional em traduzir o conhecimento formal para atividades junto ao público e, conseqüentemente, estabelecer os parâmetros de avaliação de seu impacto na qualidade do serviço e na melhoria da saúde da população. (HARDLING; TAYLOR, 1997).

Nos aspectos relacionados ao paciente é necessário um posicionamento mais ativo do profissional, pois foi evidenciada uma redução do trabalho farmacêutico em relação aos aspectos de prestar informações voltadas ao uso correto dos medicamentos, atuando de forma praticamente passiva no cuidado ao paciente. No serviço farmacêutico o uso de certas tecnologias pode melhorar esta prestação de serviço, tais como o uso de telefone para o acompanhamento dos pacientes, adequações de forma farmacêutica, embalagens, rótulos, além de um envolvimento maior do profissional com a equipe de saúde e a implantação da atenção farmacêutica e de um serviço de farmacovigilância (ROMANO-LIEBER et al., 2002; ANDRADE, 2003).

Para Vieira (2007), as individualidades de cada paciente ainda não são abordadas, surgindo mais tarde às ações em farmacovigilância, fomentadas pela terrível epidemia de focomelia em bebês, cujas mães eram usuárias de talidomida.

Na década de 1960, líderes profissionais e educadores norte-americanos que organizaram um movimento profissional com o objetivo de questionar a formação e as atitudes do farmacêutico, bem como corrigir possíveis falhas cometidos no exercício de sua ocupação. Discutiam também o conceito de “orientação ao paciente” cuja conseqüência foi à criação do termo Farmácia Clínica, a qual é “compreendida como uma atividade que permitiria novamente aos farmacêuticos participar da equipe de saúde, contribuindo com seus conhecimentos para melhora o cuidado com a saúde do paciente”. Porém, a atividade clínica exercida pelo farmacêutico não deve ser limitada a

uma determinada área, pois a exposição de agravos relacionados aos efeitos medicamentosos está presente em qualquer ambiente que haja usuários de medicamentos (BARROS; SANTOS, 2008).

A farmácia clínica nascida na década de 60 (ZUBIOLI, 2001) trouxe grandes contribuições para prática farmacêutica e representou uma tentativa de reaproximação do farmacêutico com o paciente, mas o foco da prática ainda era o medicamento e sua distribuição nos líquidos biológicos.

## 5 DISCUSSÃO

A Estratégia de Saúde da Família vem atingindo níveis de cobertura cada vez mais elevados no país, e incorporado à suas metas o princípio da integralidade das ações em saúde. Corroboramos a opinião de Almeida; Mishima (2001), que afirmam que para prover um cuidado integral à saúde das pessoas a composição da equipe básica da saúde da família deve ser repensada e ampliada. Além disso, as práticas produtivas de trabalho devem ser pautadas na colaboração mútua entre os profissionais e iluminada pela perspectiva da interdisciplinaridade (BONALDI, *et al.*, 2007; LOPES; HENRIQUES; PINHEIRO, 2007).

Para o Ministério da saúde (BRASIL, 2006), é direito do cidadão receber uma atenção integral e que somente poderá ser alcançada através de uma equipe multiprofissional, daí a necessidade da inclusão do farmacêutico. Essa proposta tem muito a contribuir para uma abordagem integral do usuário, uma vez que o profissional da atenção farmacêutica tem o paciente como o foco de suas ações e o aborda como um ser único. O farmacêutico busca compreender as necessidades do paciente e tem como meta resolver problemas relacionados à farmacoterapia do mesmo.

Devido à inoperância do sistema CEME, Cosendey et al. (2000) em pesquisa realizada em três estados brasileiros, Paraná, São Paulo e Minas Gerais, elaboraram no âmbito da política de assistência farmacêutica, programas que incluem a distribuição de medicamentos essenciais para a atenção primária. Programas esses, que tinham o objetivo de garantir o tratamento eficaz das patologias mais frequentes em cada estado, expandindo o acesso e a resolubilidade da rede no atendimento das necessidades individuais e coletivas da população de baixa renda, integralizando a distribuição e dispensação de medicamentos às ações de saúde em nível básico. Entretanto, os programas de cada estado apresentam particularidades.

Cosendey (2000), em seus estudos relatou que a OMS realizou pesquisa com 104 países em desenvolvimento mostra que em 24 destes países, menos de 30% da população têm acesso regular aos medicamentos essenciais; em 33 países, entre 30% e 60% da população e, apenas nos 47 países restantes, mais de 60%.

O Brasil está entre os cinco maiores consumidores de medicamentos do mundo com vendas anuais em torno de R\$ 11,1 bilhões (SINDUSFARM, 1998). Entretanto, Abbas; Bermudez (1993), Bermudez (1994) e Cosendey (2000) relatam que cerca de 60% da produção de medicamentos do país beneficiam apenas 23% da população. Bermudez; Possas (1995) acrescentaram que a análise do mercado brasileiro mostra que os produtos registrados e comercializados deixam muito a desejar no que se refere à qualidade, com 20% dos produtos não correspondendo às especificações da própria indústria farmacêutica, nas vendas extra-hospitalares. Ainda assim, os preços dos medicamentos no Brasil chegam a ser 20 vezes maiores que os preços internacionais.

No final do ano de 1992 a crise de medicamentos no Brasil agravou-se devido a problemas de aumento dos preços de venda destes, decorrentes do fim do controle de preços por parte do governo. Estudos realizados por Bermudez; Possas (1995) durante o período de abril de 1992 e abril de 1993 mostram que, frente a uma inflação estimada em 1.608%, os preços de alguns medicamentos aumentaram em 2.600%, na tentativa de recuperar a margem de lucro perdida durante o período com controle governamental. Cosendey (2000), diz que isto dificultou ainda mais o acesso da população aos medicamentos.

Após a criação da ANVISA, uma rígida regulamentação vem sendo utilizada de modo que a qualidade dos produtos no mercado atual melhorou significativamente e a fiscalização do setor tem se mostrado bastante eficaz.

O acesso aos medicamentos foi favorecido devido à implantação do programa Farmácia Popular, do Ministério da Saúde, teve um crescimento relevante de 270% no número de beneficiados desde 2011, saltando de 1,2 milhão em janeiro do ano passado para 4,8 milhões em julho de 2012. Lançado para ampliar o acesso da população a medicamentos para doenças de alta prevalência, como hipertensão, diabetes, asma, colesterol, glaucoma e osteoporose, o programa oferta medicamentos gratuitos ou com até 90% de desconto. (BRASIL, 2012)

Segundo a mesma fonte, o Programa Farmácia Popular já beneficiou mais de 18 milhões de brasileiros desde a sua criação em 2004. Pelo programa, são disponibilizados 113 itens nas 557 unidades da rede própria (farmácias administradas pelo governo federal) e 25 nas mais de 20 mil unidades privadas, conveniadas ao programa.

Sweeney (2002) afirma que se houvesse maior cooperação entre farmacêuticos e médicos seria possível diminuir a morbimortalidade relacionada ao uso de medicamentos em 27%.

Vieira (2007) relatou a ausência de serviço de farmácia adequado, que zele pelo uso racional de medicamentos em parceria com os demais serviços e profissionais do sistema de saúde, constitui um problema de saúde pública.

Furtado (2008), diz que o foco do trabalho do farmacêutico muda radicalmente do medicamento para o paciente. Esse profissional que poderia exercer uma atividade distante das pessoas e trabalhar nos bastidores da unidade passa a ter uma atuação direta e expressiva com o paciente. Na medida em que a equipe tem um maior contato com o serviço de assistência farmacêutica, são identificados aspectos estruturantes dessa prática, como o foco na experiência com o uso de medicamentos e o processo racional de tomada de decisões. Essa assistência tem como uma das suas características mais fortes o fortalecimento da autonomia do paciente. Ela é fundamentada numa filosofia de trabalho que prima por uma relação dialógica com o paciente e permite que esse se assuma como sujeito do seu processo de saúde. A dispensação também aparece como uma atribuição do farmacêutico, mas é vista quase essencialmente como um serviço de 'entrega de medicamento', e soma-se a ela as atividades da farmácia com características fortemente gerenciais e burocráticas.

Já para Planas et al (2005), o farmacêutico é, ou deveria ser, o último profissional da saúde a entrar em contato com o paciente antes que ele utilize o medicamento. É este profissional que o paciente encontra nos intervalos entre as consultas. Faus (2000) acrescenta que além do fácil acesso, apresenta um vasto conhecimento sobre medicamentos e a necessidade de um melhor

aproveitamento enquanto profissional da saúde. Na relação entre profissionais, Furtado (2008), relatou que ficou evidente as práticas estabelecidas entre o farmacêutico e a equipe, promovendo intervenções iluminadas pela interdisciplinaridade, com respeito entre os profissionais envolvidos, trazendo o cuidado integral da saúde dos usuários atendidos.

Com vista no citado acima, Magalhães; Carvalho (2003) afirmaram que para dar uma resposta a essa necessidade social é preciso que o profissional tenha competência técnica para construir um processo racional que considere tanto as questões farmacotécnicas e farmacológicas do medicamento quanto as questões terapêuticas, clínicas e humanísticas.

Furtado (2008) concorda com Freitas (2005), onde relataram que o conceito da Assistência Farmacêutica vem sendo ampliado por algumas instituições como a OMS e o Ministério da Saúde do Brasil através da Proposta de Consenso da Atenção Farmacêutica. Esse conceito expandido incorpora ao conjunto de atividades que já são exercidas por esse profissional como a dispensação, a orientação farmacêutica e a educação em saúde, o seguimento farmacoterapêutico, que seria o acompanhamento individual dos pacientes em uso de medicamentos visando uma farmacoterapia racional (CONSENSO, 2002). Agrupar todas essas atividades em um conceito certamente representa esforços de uma categoria profissional com o objetivo de impulsionar uma maior coesão do perfil de trabalho do farmacêutico. Porém, a assistência farmacêutica não foi pensada e designada com o objetivo de resgatar a identidade do farmacêutico ou de satisfazer os interesses de uma categoria profissional, mas sim para atender uma necessidade social específica, que requer de um profissional, seja ele farmacêutico ou não, certas habilidades e conhecimentos (FREITAS, 2005).

Hepler; Strand (1990) posicionaram a assistência farmacêutica como o terceiro momento historicamente mais significativo das atividades farmacêuticas, pois é nele que o farmacêutico tem a oportunidade de resgatar sua identidade profissional perante a sociedade. Definiram como a provisão responsável da terapia medicamentosa com o propósito de alcançar resultados definidos que melhorassem a qualidade de vida do paciente. Esses resultados são aqueles alcançados através da cura ou prevenção de uma doença, a prevenção, redução ou eliminação de um sintoma e a contenção ou

adiantamento da evolução de um processo patológico. É uma prática na qual o farmacêutico, em comum acordo com o paciente e através da cooperação com outros profissionais de saúde, melhora os resultados da terapia medicamentosa do paciente, seja pela prevenção, identificação ou resolução de algum problema relacionado ao uso de medicamento.

A introdução do serviço de assistência farmacêutica à ESF pode acrescentar muito à saúde dos pacientes. Assim, compreender como se dá a inserção do farmacêutico na equipe da ESF pode iluminar uma questão até então desconhecida para muitos e possibilitar que esse profissional tenha uma prática mais expressiva e diretamente ligada ao paciente e que possa contribuir significativamente para a melhoria da qualidade de vida das pessoas em outros cenários da atenção primária.

Assim relatou Freitas (2005), o desafio está posto: atender uma necessidade social. Assumir a Assistência Farmacêutica como missão profissional é um dos mais relevantes temas que permeia as discussões das atividades farmacêuticas na contemporaneidade. A inclusão de outros profissionais nessas equipes é extremamente pertinente e constitui uma estratégia racional para alcançar uma abordagem não fragmentada do paciente.



## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A assistência farmacêutica foi discutida como um dos componentes da promoção integral à saúde que pode utilizar o medicamento como um instrumento essencial para o aumento da resolubilidade do atendimento ao paciente.

Observa-se uma tímida retomada da relação médico-paciente e farmacêutico-paciente, promovida pela implantação do Programa Saúde da Família. O fortalecimento destas relações pode ser considerado um aspecto chave para a melhoria da qualidade do serviço de saúde, no qual a personalização da assistência, a humanização do atendimento e o direito à informação são componentes básicos deste processo.

O farmacêutico necessita buscar sua relação interpessoal com a população e deixar de ser um mero dispensador de medicamentos. Ao longo da história a classe vem perdendo espaço, diante de suas próprias funções, por atitudes realizadas por muitos profissionais.

Cabe a ele a função de informar aos pacientes a respeito dos medicamentos, bem como conhecer a sua forma correta de dispensar, sua composição e manipulação e assessorar o paciente sobre a utilização correta do medicamento, promovendo seu uso racional.

## REFERÊNCIAS

ABBAS, R.; BERMUDEZ, J. Preços no Brasil superam em muito os do mercado internacional. p. 4-5, 1993.

ALENCAR, T. O. S.; NASCIMENTO, M. A. A. Assistência Farmacêutica no Programa Saúde da Família: encontros e desencontros do processo de organização. **Ciênc. saúde coletiva**, v.16, n.9, p. 3939-3949, 2011.

ALMEIDA, M. C. P.; MISHIMA, S. M. O desafio do trabalho em equipe na atenção à Saúde da Família. **Interface-Comunicação, Saúde , Educação**, v. , p.150-153,ago. 2001.

ANDRADE, M. A. Avaliação do consumo de medicamentos em idosos no município de Londrina-PR [tese]. Ribeirão Preto (SP): Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto; 2003.

ARAÚJO, A. L. A.; LEONARDO, R. L. P.; UETA, J. M; FREITAS, O. Perfil da assistência farmacêutica na atenção primária do Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, sup.13, p.611-617, 2008.

BARRETO, J. L.; GUIMARAES, M. C. L. Avaliação da gestão descentralizada da assistência farmacêutica básica em municípios baianos, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, vol. 26, n. 6, p. 1207-1220, 2010.

**BARROS, J. L.; SANTOS, T. O. Atenção farmacêutica: Conceito e desafios.** REVISTA RACINE. São Paulo, SP.: Grupo Racine, n.103, mar./abr., p.8-22, 2008.

BERMUDEZ, J.A.Z.; BONFIM, J. R. A. (org.). Medicamentos e Reforma do Setor Saúde. São Paulo: Hucitec/Sobravime, p. 236, 1999. In. MEROLA, Y. R. et al. **Revista Eletrônica de Farmácia**, v 5, n1, p. 95-100, 2008.

BERMUDEZ, J. A. Z.; Possas, C. A. Análise crítica da política de drogas no Brasil. **Boletim da Organização Mundial da Saúde**, v.119, p.270-277, 1995.

BERMUDEZ, J. Indústria Farmacêutica, Estado e Sociedade: Crítica da Política de Medicamentos no Brasil. São Paulo: Editora Hucitec/Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos –SOBRAVIME. 1995.

BERMUDEZ, J. Medicamentos genéricos: Uma alternativa para o mercado brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, v.10, p.268-278, 1994.

BERMUDEZ, J. Remédios: Saúde ou Indústria? A Produção de Medicamentos no Brasil. Rio de Janeiro: **Editora Relume Dumará**, 1992.

BERMUDEZ, J.; ROZENFELD, S.; PORTELA, M. C. Avaliação do Programa Farmácia Básica –Brasil, 1997/1998, 1997. Projeto submetido ao Ministério da

Saúde. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Oswaldo Cruz.

BLINKINSOPP, A., BRADLEY, C. Over the counter drugs: patients, society, and the increase in self-medication. **British Medical Journal**, v.312, p.629-632, march 1996.

BONALDI, C. et al. O trabalho em equipe como dispositivo de integralidade: experiências cotidianas em quatro localidades brasileiras. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.) Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor. Rio de Janeiro: Cepesc, 2007. 404p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência farmacêutica na atenção básica: instruções técnicas para sua organização** / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Componente Básico da Assistência Farmacêutica**. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=29943](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=29943)> Acesso em: 23 Agos. 2012.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. promulgada em 5 de outubro de 1988. In. NOGUEIRA, R. G. Assistência Farmacêutica na atenção básica: histórico, realidade e percepções. [manuscrito] / Rômulo Guimarães Nogueira. – Campina Grande, 2012, 53 f.

\_\_\_\_\_. Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

BRASIL. Ministério da saúde. **Assistência Farmacêutica na Atenção Básica: instruções técnicas para a sua organização**, Brasília DF, 2002.

BRASIL. Ministério da saúde. **Guia Prático do Programa Saúde da Família**, Governo Federal, Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Memento Terapêutico Farmácia Básica: Relação de Medicamentos**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde 2006**. Brasília: Ministério da Saúde; 2001. Disponível em: <[bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_medicamentos.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_medicamentos.pdf)>. Acesso em 23 de Set de 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde 2006**. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria687\\_2006\\_anexo1.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria687_2006_anexo1.pdf)>. Acesso em 15 de ago de 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Farmácia Popular já beneficiou mais de 18 milhões de brasileiros desde a sua criação em 2004**. Brasília, 2012 Disponível em: <[http://www.brasil.gov.br/noticias/arquivos/2012/09/04/oferta de medicamentos a populacao cresce 270 desde 2011](http://www.brasil.gov.br/noticias/arquivos/2012/09/04/oferta_de_medicamentos_a_populacao_cresce_270_desde_2011)> Acesso em: 23 Set. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME)**. Brasília: Ministério da Saúde, 1998. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/rename.htm>>. Acesso em: 23 julho 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id\\_area=1000](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1000)>. Acesso em: 16 Ago 2012.

CANABARRO, I. M.; HAHN, S. Panorama da assistência farmacêutica na saúde da família em município do interior do estado do Rio Grande do Sul. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 18, n. 4, 2009. Disponível em: <[http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S16794974200900400004&lng=es&nrm=iso](http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S16794974200900400004&lng=es&nrm=iso)>. Acesso em: 22 ago. 2012.

CASTELO, A.; COLOMBO, A. L.; HOLBROOK, A. M. Production and marketing of drugs in Brazil. *Journal of Clinical Epidemiology*, v.44, sup.2, p.21-28,1991.

CONSENSO BRASILEIRO DE ATENÇÃO FARMACÊUTICA. Brasília: Organização PanAmericana de Saúde, 2002. 23 p.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução Nº 338, de 06 de maio de 2004.

COSENDEY, M. A. E.; BERMUDEZ, J. A. Z.; REIS, A. L. A.; SILVA, H. F.; OLIVEIRA, M. A; LUIZA, V. L. Assistência farmacêutica na atenção básica de saúde: a experiência de três estados brasileiros. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.16, n.1, p.171-182, jan-mar, 2000.

CORREIA, A. R. F.; MOTA, D. M.; ARRAIS, P. S. D.; MONTEIRO, M. P.; COELHO, H. L. L. Definição de Indicadores para Avaliação da Assistência Farmacêutica na Rede Pública de Fortaleza-Ceará (Brasil) baseada em Métodos de Consenso. **Latin American Journal of Pharmacy**, v. 28, n. 3, p. 366-374, 2009. Disponível em: <<http://www.latamjpharm.org/trabajos/28/3/LAJOP283171859H494TN.pdf>> Acesso em: 23 Agos. 2012.

ENCONTRO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA E POLÍTICA NACIONAL DE MEDICAMENTOS. **Carta de Brasília**. Brasília: Ministério da Saúde; 1988. [Relatório final].

FAUS, M. J. Assistência farmacêutica em resposta a uma necessidade social. **Ars Pharmaceutica**, v 41, n. 1, p. 137-143, 2000.

FERRAES, A. M. B. Determinantes que impactam a atuação do Farmacêutico na Farmácia. *Olho Mágico*. Londrina, v.9, n.1, p. 151, jan./abr., 2002. In. MEROLA, Y. R. et al. **Revista Eletrônica de Farmácia**, v 5, n1, p. 95-100, 2008.

FREITAS, C. M.; CZERESNIA, D. Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. In. Dina Czeresnia, Carlos Machado de Freitas (org.) Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.

FREITAS, E. L. Revelando a experiência do paciente com a prática da Atenção Farmacêutica: uma abordagem qualitativa, 118f. (Dissertação de Mestrado) – UFMG: Faculdade de Farmácia, Belo Horizonte, 2005.

FURTADO, B. T. O farmacêutico na Atenção Básica: a experiência da equipe de PSF frente à atenção farmacêutica. 2008. 101 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Farmacêuticas) – Faculdade de Farmácia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2008.

HARDLING, G.; TAYLOR, K. Responding to change; the case of community pharmacy in Great Britain. **Sociology of Health & Illness**, v.19, n.5, p.547-560, 1997.

HASSELL, K.; ROGERS, A. E.; NOYCE, P.R. Farmácia comunitária como recurso de saúde e auto-cuidado primário: uma estrutura para a compreensão utilização farmácia. **Saúde e Assistência Social na Comunidade**, v.8, n.1, p.40-49, 2000.

HEPLER, C. D. Observations on the conference: A pharmacist's perspective. **Am J Health-Syst Pharm** v.57, p 590-594, 2000.

HEPLER, C. D.; STRAND, L. M. Opportunities and responsibilities in the pharmaceutical care. **American Journal of Hospital Pharmacy**, v. 47, p. 533-543, march 1990.

LOPES, T. C.; HENRIQUES, R. L. M.; PINHEIRO, R. Trabalho em equipe e responsabilidade coletiva: a potência do espaço público p.29-40 In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.) Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor. Rio de Janeiro: Cepesc, 2007. 404p.

MAGALHÃES, S. M. S.; CARVALHO, W. S. O Farmacêutico e o uso de medicamentos. IN ACÚRCIO, F.A. (ORG.). Medicamentos e assistência farmacêutica. Belo horizonte: Coopmed, 2003. p.83-97.

MARIN, N. (org.) **Assistência farmacêutica para gerentes municipais.** Organizado por Nelly Marin et al. Rio de Janeiro : OPAS/OMS, 2003.

MARTINS, L. P.; PATRÍCIO, Z. M.; GALATO, D. O Ciclo de Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde: estudo qualitativo em um município do Estado de Santa Catarina. **Rev. Bras. Farm.**, v. 89, n. 3, 2008.

MEDICI, A. C.; OLIVEIRA, F.; BELTRÃO, K. I. **A Política de Medicamentos no Brasil.** Rio de Janeiro: Escola Nacional de Ciências Estatísticas/Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 1991.

MESTRINER, D. C. P. **O farmacêutico no serviço público de saúde: a experiência do município de Ribeirão Preto –SP.** (Dissertação) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto (SP), 2003.

NASCIMENTO, Y. A. **Avaliação de resultados de um serviço de atenção farmacêutica em Belo Horizonte.** 2004. 130f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Farmácia, Minas Gerais.

OLIVEIRA, R. D. **Farmacêutica cuidado descoberto: um estudo etnográfico da prática de assistência farmacêutica.** 2003. 425F. Tese (Doutor em Filosofia) - Faculdade de Graduate School, da Universidade de Minnesota, em Minneapolis.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). O papel do farmacêutico do sistema de saúde. A Declaração de Tóquio. Toko, set.1993

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. O papel do farmacêutico no sistema de saúde. Relatório do Grupo de uma OMS consulta. Nova Deli: WHO, 1988.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE/United Nations Children's Fund. **Cuidados Primários de Saúde Alma-Ata.** URSS, 6-12 de set. 1978.

PATEL, P; ZED. P.J. Drug-related visits to the emergency department: how big is the problem ? *Pharmacotherapy* v.22, n.7 p915-23, 2002.

PEPE, V. L. E.; VERAS, C. M. T. **A Prescrição Médica.** Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social/Universidade do Estado do Rio de Janeiro. 1995.

PEREIRA, A. A. **Produção Descentralizada de Medicamentos Essenciais no Instituto de Tecnologia em Fármacos do Estado do Rio de Janeiro: Um Diagnóstico Estratégico de sua Implementação.** 1995. 166f Dissertação de Mestrado, Escola Brasileira de Administração Pública, Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro.

PERETTA, M. D.; CICCIA, G. **Reengenharia farmacêutica: guia para implementar a atenção farmacêutica**. Brasília: Ethosfarma, 2000. 288p.

PLANAS, L. G. et al. A pharmacist model of perceived responsibility for drug therapy outcomes. **Social Science & Medicine**, v. 60, p. 2393-2403, 2005.

RIECK, E. B. **Análise da gestão estadual de assistência farmacêutica a partir do pensamento complexo**. 2008. Dissertação - Curso de Pós-graduação em Ciências Farmacêuticas – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008.

ROMANO-LIEBER, N. S.; TEIXEIRA, J. J. V.; FARHAT, F. C. L. G.; RIBEIRO, E.; CROZATTI, M. T. L.; OLIVEIRA, G. S. A. Revisão dos estudos de intervenção do farmacêutico no uso de medicamentos por pacientes idosos. **Cad Saúde Pública**, v.18, n.6, p.1499-1507, 2002.

SINDUSFARM (Sindicato da Indústria de Produtos Farmacêuticos no Estado de São Paulo). Resultados do ano de 1997. **Boletim SINDUSFARM**, v.1, p.1-2, 1998.

SILVA, S. H. **A implementação da assistência farmacêutica básica no nível municipal do Estado do Rio de Janeiro na perspectiva de atores relevantes**. 2011. Dissertação – Mestrado em Saúde Pública - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2011.

SWEENEY, M. A. Physician-pharmacist collaboration: a millennial paradigm to reduce medication errors. **Journal of American Osteopathology Association**, v.102, n.12, p. 678-81, 2002.

VIEIRA, F.S. Possibilidades de contribuição do farmacêutico para a promoção da saúde. **Ciênc. Saúde coletiva**, v.12 n.1, p. 213-220, jan./mar, 2007.

ZUBIOLI, A. O. R. G. S. **A farmácia clínica na farmácia comunitária**. Brasília: Ethosfarma, 2001.