

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

RAYANE MARIA CAMPOS LACOURT

**POTENCIALIDADES E DESAFIOS PARA O TRABALHO DO  
FARMACÊUTICO NA APS**

BRASÍLIA, 2016

RAYANE MARIA CAMPOS LACOURT

**POTENCIALIDADES E DESAFIOS PARA O TRABALHO DO  
FARMACÊUTICO NA APS**

Trabalho de conclusão apresentado ao curso de graduação em Farmácia da Universidade de Brasília. Sob orientação da Prof.<sup>a</sup> Magda Duarte dos Anjos Scherer.

BRASÍLIA, 2016

RAYANE MARIA CAMPOS LACOURT

Bolsista de Iniciação Científica FAP/DF

**POTENCIALIDADES E DESAFIOS PARA O TRABALHO DO  
FARMACÊUTICO NA APS**

**Professora Dra. Magda Duarte dos Anjos Scherer**

Departamento de Saúde Coletiva, Universidade de Brasília - Orientadora

**Professora Dra. Maria da Glória Lima**

Departamento de Enfermagem, Universidade de Brasília

BRASÍLIA, 2016

## RESUMO

A Atenção Básica (AB), conhecida internacionalmente como Atenção Primária à Saúde (APS), é constituída pelo conjunto de ações, que podem ser desenvolvidas em âmbito individual ou coletivo, voltadas para a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde, com o intuito de proporcionar a integralidade do cuidado. Para que tais objetivos sejam alcançados, a APS precisa ser fortalecida e qualificada. Assim, a Estratégia Saúde da Família (ESF) surge como um modelo de atenção inovador, sendo centrado na saúde da família e aumentando a cumplicidade de profissionais de diversas áreas. O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) foi criado para apoiar as equipes da ESF, onde atuam outras categorias profissionais não abrangidas na equipe mínima. O farmacêutico entra nesse escopo e atua como o principal ator da Assistência Farmacêutica. O presente trabalho apresenta uma revisão da literatura que visa investigar as potencialidades e desafios do trabalho do profissional farmacêutico na APS. Os artigos foram levantados em quatro bases de dados por meio de descritores previamente definidos, que atendessem os objetivos da revisão. No final do processo de triagem das publicações levantadas, 13 artigos foram selecionados para análises. O software Atlas.ti foi utilizado para auxiliar no tratamento dos dados para as análises. Foram encontrados quatro artigos que relatam experiências exitosas dos serviços de farmacoterapia prestados à população de diferentes municípios. Os desafios e dificuldades identificados nas pesquisas foram problemas na inserção do farmacêutico nos serviços, com consequente falta de integração do profissional com as equipes, falta de recursos humanos capacitados e, menos citados, problemas estruturais. Como potencialidades e facilidades, identificou-se o trabalho em equipe multiprofissional e identificação e resolução de problemas relacionados aos medicamentos (PRMs).

## ABSTRACT

The Primary Care (AB), internationally known as the Primary Health Care (PHC), consists of the set of actions that can be developed in individual or collective level, aimed at the promotion and protection of health, disease prevention, diagnosis, treatment, rehabilitation, harm reduction and health maintenance, in order to provide comprehensive care. For these objectives to be achieved, APS needs to be strengthened and qualified. Thus, the Family Health Strategy (FHS) emerges as a model of innovative attention being focused on family health and increasing the complicity of professionals from various fields. The Support Center for Family Health (NASF) was established to support the FHS teams, where they act other categories not covered in the minimum staff. The pharmacist enters this scope and acts as the main actor of Pharmaceutical Care. This paper presents a literature review that aims to investigate the potential and challenges of the work of the pharmacist in the APS. Articles were raised in four databases using predefined descriptors that met the review objectives. At the end of the screening process of raised publications, 13 articles were selected for analysis. The Atlas.ti software was used to assist in the processing of data for analysis. Were found four articles reporting successful experiences of pharmacotherapy services rendered to the population of different municipalities. The challenges and difficulties identified in the research were problems in the pharmaceutical insertion services, with consequent lack of professional integration with the teams, lack of trained human resources and less cited structural problems. As potential and facilities, identified the work in multi-professional team and identification and resolution of drug-related problems (DRPs).

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1. <i>Network</i> que relaciona categorias de caracterização dos estudos .....	17
Figura 2. Estudos de avaliação .....	21
Figura 3. Relatos de Experiência .....	22
Figura 4. Outros Estudos .....	22

## LISTA DE SIGLAS

AB – Atenção Básica

AF – Assistência Farmacêutica

APS – Atenção Primária à Saúde

CFT – Comissão de Farmácia Terapêutica

ESF – Estratégia Saúde da Família

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PRM – Problemas Relacionados aos Medicamentos

RAS – Redes de Atenção à Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	9
<b>2. METODOLOGIA</b> .....	14
<b>3. RESULTADOS</b> .....	18
3.1 CARACTERIZAÇÃO DOS ESTUDOS .....	18
3.2 EXPERIÊNCIAS PROFISSIONAIS DO FARMACÊUTICO NA APS .....	23
3.3 DESAFIOS E DIFICULDADES PARA O TRABALHO DO FARMACÊUTICO .....	23
3.4 POTENCIALIDADES E FACILIDADES DO TRABALHO DO FARMACÊUTICO .....	27
<b>4. DISCUSSÃO</b> .....	29
<b>5. CONCLUSÃO</b> .....	34
<b>6. Referências</b> .....	35



## 1. INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) surgiu no contexto da construção de políticas que buscam estabelecer ações de maior resolução às demandas de saúde da população brasileira (ALENCAR; NASCIMENTO, 2011). A Atenção Básica (AB) compreende o "conjunto de ações de saúde, nos âmbitos individual e coletivo, as quais abrangem a promoção e proteção à saúde, a prevenção das exacerbações de saúde, diagnósticos, tratamentos, reabilitações e manutenção" (LOCHNECKEL; CREPALDI, 2009). O papel da AB é oferecer ao usuário uma porta de entrada aos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) e funcionar como ordenadora das Redes de Atenção à Saúde (RAS) do SUS (BRASIL, 2011).

A Atenção Básica é também designada como Atenção Primária à Saúde. Tais termos provocam um debate sobre o emprego do conceito mais adequado. Em 2006, discutia-se a respeito das diferenças entre esses termos. A partir do ano de 2010, ambos aparecem como sinônimos (PINHEIRO, 2010). No Brasil, adota-se o termo “Atenção Básica”, que segundo Oliveira e Pereira (2013), seria uma descrição mais completa e abrangente sobre as ações e o cuidado integral. Para os autores, essa adoção teria como propósito combater o sentido restritivo da definição de “Atenção Primária”, utilizada em outros países que diz que o conjunto dessas ações está voltado às pessoas pobres (OLIVEIRA E PEREIRA, 2013).

A discussão sobre os termos existentes e as diversas interpretações que poderiam ser dadas a eles acontecia também em outros países e continentes. O termo “Atenção Primária à Saúde” (APS) foi proposto na Conferência de Alma-Ata, promovida pela Organização Mundial das Nações Unidas em 1978, e a partir desse termo, surgiram vários outros, incluindo “Atenção Básica” (AB). No entanto, o termo APS é ainda o

mais utilizado na maioria dos países (BRASIL, 2007). Por isso, o presente trabalho fará uso do termo “Atenção Primária à Saúde”.

As ações de saúde precisam ser fortalecidas e qualificadas para que a APS cumpra sua finalidade. Nesse sentido, a Estratégia Saúde da Família (ESF) foi criada no âmbito da APS para ampliar o compromisso da saúde pública com os profissionais de educação e da gestão e os usuários. Esse novo modelo de assistência sugere avanços na prestação dos serviços de saúde, visto que está centrado na promoção da saúde da família (LOCH-NECKEL; CREPALDI, 2009), considerando o indivíduo na sua totalidade e integralidade, o que confronta o sistema biomédico, que se caracteriza principalmente pelo foco na cura das doenças, no trabalho fragmentado por especialidades e na hierarquização entre categorias profissionais, onde o médico é o eixo central da equipe de saúde (FERTONANI et al., 2015).

A ESF conta com equipes de profissionais formadas por, no mínimo, um médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Junto a esse grupo, pode também atuar a equipe de Saúde Bucal, composta por um dentista, um auxiliar em saúde bucal e um técnico em saúde bucal (BRASIL, 2009). Mas nas unidades onde se encontram apenas essa equipe mínima, muitas demandas dos usuários não podem ser atendidas com qualidade, pois essas demandas vão muito além de condições biológicas e perpassam todos os campos da vida das pessoas (LOCH-NECKEL; CREPALDI, 2009).

A integralidade de cuidado leva em consideração que o indivíduo possui mais do que necessidades biológicas, pois o processo de adoecimento pode encontrar influências no contexto de vida do paciente composto pelos campos psicoemocional, sociocultural, econômico e educacional (CASTRO; PEREIRA, 2011). Devido a essa complexidade,

torna-se necessária a presença de outras categorias profissionais que apoie a ESF e aumente a abrangência das ações por eles desenvolvidas.

O farmacêutico é um profissional que possui em sua formação conhecimentos das áreas de exatas e biológicas que, de forma articulada, o torna capaz de atuar na promoção do uso racional de medicamentos, em que os pacientes são os maiores beneficiados. A Organização Mundial de Saúde (OMS) reconhece o quão fundamental é esse profissional para a promoção do uso racional de medicamentos e para a organização dos serviços de apoio para que seja desenvolvida a Assistência Farmacêutica (ARAÚJO et al., 2008; ARAÚJO; UETA; DE FREITAS, 2005).

A Assistência Farmacêutica (AF), abordado por Araújo, Ueta e Freitas (2005) como um modelo tecnológico em saúde, está inserido na APS por proporcionar uma visão sobre a complexidade do processo saúde-doença ao considerar a análise dos estilos de vida, dos hábitos culturais e religiosos, do contexto social e da subjetividade das pessoas (ALENCAR; NASCIMENTO, 2011). A Resolução nº 308, de 02 de maio de 1997, conceitua a AF como

[...] o conjunto de ações e serviços com vistas a assegurar a assistência terapêutica integral, a promoção e recuperação de saúde, nos estabelecimentos públicos e privados que desempenham atividades de projeto, pesquisa, manipulação, produção, conservação, dispensação, distribuição, garantia e controle de qualidade, vigilância sanitária e epidemiológica de medicamentos e produtos farmacêuticos (BRASIL, 1997).

Em 2004, a Política Nacional de Assistência Farmacêutica, define AF como “o 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” (BRASIL, 2004). Portanto, esse olhar abrangente se encaixa no escopo da APS.

A Política Nacional de Medicamentos propõe a reorientação da AF no SUS, de maneira que as atividades realizadas pelo farmacêutico passam a ter o medicamento como meio de trabalho e o paciente como “objeto” principal das ações a fim de garantir que a população tenha acesso aos medicamentos de forma segura e correta, promovendo o uso racional (BRASIL, 1998; PEREIRA; LUIZA; CRUZ, 2015). A desigualdade ao acesso, o uso inapropriado e o desperdício são alguns problemas que atingem não só usuários, mas, também, os profissionais de saúde, gerando consequências de grandes prejuízos sanitários, econômicos e para os serviços de saúde (PEREIRA; LUIZA; CRUZ, 2015).

O Ministério da Saúde criou o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), onde se encontram inseridos o psicólogo, o assistente social, farmacêutico, o fisioterapeuta, o fonoaudiólogo, o médico ginecologista, o profissional da educação física, o médico homeopata, o nutricionista, o médico acupunturista, o médico pediatra, o médico psiquiatra e o terapeuta ocupacional. (SANTANA et al, 2015). Essa equipe multiprofissional busca agregar o trabalho das Equipes de Saúde da Família para alcançar a integralidade do cuidado aos usuários do SUS (COSTA; PEREIRA, 2012).

O trabalho em saúde é caracterizado pela presença de dois grupos de pessoas: um que possui necessidades ou sofrimentos que precisa ser sanados, e outro que detém conhecimentos específicos e meios suficientes que os auxiliem na resolução desses problemas. Portanto, o objeto de trabalho é o próprio ser humano, fato que causa um impacto sobre a atividade dos profissionais, visto que é necessária uma abordagem interdisciplinar e multiprofissional que permita um olhar multidimensional (Scherer *et al*, 2009; Joazeiro& Scherer, 2012).

Estudar o trabalho e suas implicações na área da saúde é fundamental, uma vez que as ações desenvolvidas pelo profissional constituem intervenções no bem estar e na

vida dos outros, além de estarem também envolvidas com a formação de novos profissionais da área. Conclui-se que o produto final desse processo é o cuidado do paciente (Joazeiro& Scherer, 2012; Garlet *et al*, 2009). O trabalho desenvolvido pelo profissional farmacêutico pode ser um potencial campo de estudo para subsidiar o conhecimento na busca de bases teóricas e práticas que possam nortear decisões em nível de gestão ou de serviços assistenciais.

O presente estudo é um recorte do projeto de pesquisa, financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Distrito Federal, que visa analisar o trabalho do farmacêutico na atenção primária à saúde (APS) do Distrito Federal e tem como finalidade analisar a produção do conhecimento sobre o trabalho do farmacêutico na Atenção Primária à Saúde, identificando experiências de sua atuação, bem como potencialidades, dificuldades e desafios para as práticas profissionais.

## 2. METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão da literatura, estudo que busca reunir as evidências existentes sobre um determinado assunto, de forma que proporciona compreender o panorama da situação verificada e pautar novas pesquisas (VOSGERAU; ROMANOWSKI, 2014).

A busca dos artigos foi realizada nas bases de dados BIREME, SciELO, LILACS e MEDLINE (via Pubmed). As bases The Cochrane Library e EMBASE não puderam ser consultadas, pois não houve renovação da licença de uso de ambas na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS). Foram incluídos artigos publicados a partir de 1998, o ano da publicação da Política Nacional de Medicamentos e difusão do conceito de Assistência Farmacêutica, até março de 2016.

Para realizar a pesquisa nas bases de dados, a combinação dos descritores inicialmente escolhidos foi (“Atenção Primária a Saúde” OR “Atenção Básica” OR “Saúde da Família”) AND (“Assistência Farmacêutica” AND “Trabalho”), também usados em inglês e espanhol. No entanto, nas primeiras tentativas, nenhum resultado foi obtido. Observou-se que a palavra “trabalho” poderia estar restringindo a pesquisa. A partir disso, outras combinações dos descritores foram testadas.

A palavra-chave “Trabalho” foi retirada, pois não contribuiu efetivamente para a seleção dos artigos. Em contrapartida, foram acrescentados os descritores “Farmacêuticos” e “Atenção Farmacêutica”, ambos encontrados na lista dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) da BVS. A combinação final usada foi (“Atenção Primária a Saúde” OR “Atenção Básica” OR “Saúde da Família”) AND (“Assistência Farmacêutica” OR “Farmacêuticos” OR “Atenção Farmacêutica”). Para procurar por publicações em inglês e espanhol, os descritores foram (“Primary Health Care” OR “Family Health”) AND (“Pharmaceutical Service” OR “Pharmacists” OR

“Pharmaceutical Care”) e (“Atención Primaria de Salud” OR “Salud de la Familia”) AND (“Servicios Farmacéuticos” OR “Farmacéuticos” OR “Atención Farmacéutica”). Nas bases BIREME, SciELO e LILACS foram aplicados os descritores nas três línguas escolhidas e aplicados os operadores booleanos “AND” e “OR”.

Os filtros usados na base de dados LILACS e BIREME foram País/Região como assunto “Brasil”, Idioma “português, inglês e espanhol”, ano de publicação de 1998 a 2016, tipo de documento “artigos”. Na SciELO, foram selecionados apenas as opções “Brasil” e “Saúde Pública” no filtro Coleções, excluindo-se a coleção “Colômbia” e “Espanha” que apresentavam artigos que não atendiam aos objetivos da pesquisa. Na base PUBMED foi preciso colocar a palavra-chave “Brazil”.

A busca dos artigos foi realizado por duas pesquisadoras. Foram levantadas 30 publicações na BVS, 56 na LILACS, 60 no SciELO e 11 na MEDLINE (via Pubmed), chegando a um total de 157 artigos. A partir desses resultados, realizou-se a seleção por títulos, chegando ao total de 71 textos. Antes de iniciar a leitura dos resumos, foram retiradas 32 publicações repetidas, chegando a 39 textos. A leitura dos resumos foi feita por três pesquisadoras e resultou na permanência de 14 artigos para a leitura integral, etapa em que apenas um artigo foi excluído por ser uma revisão da literatura, restando 13 trabalhos para análise.

Os critérios de inclusão foram guiados pelos objetivos da pesquisa, portanto foram incluídos artigos que faziam referência ao trabalho dos farmacêuticos na APS no Brasil e que trouxessem experiências de atuação profissional, desafios, potencialidades e dificuldades enfrentadas pelos profissionais nesses serviços. Apenas artigos publicados em periódicos entraram na seleção, excluindo-se teses e dissertações. As revisões da literatura também foram excluídas.

A análise dos dados consistiu no método de Análise Temática de Conteúdo proposta por Minayo (2007). As etapas do método são pré-análise, exploração ou codificação e tratamento de resultados obtidos.

A etapa de tratamento dos dados foi feita por uma pesquisadora com o auxílio do software Atlas.ti, uma ferramenta de análise qualitativa de dados textuais em grandes quantidades, também usada para gráficos, vídeos e áudios. Foi possível organizar as publicações escolhidas e categorizar os achados dos estudos com maior eficiência e transparência (FRIESE, 2013).

Os documentos inclusos na pesquisa foram colocados no programa e originaram um domínio digital de análise chamado Unidade Hermeneutica, onde todas as operações de tratamento dos dados foram realizadas. A sistematização dos dados foi realizada por meio de criação de codes, que são códigos atribuídos a um determinado trecho do texto que contém um significado para o pesquisador. O software permite agrupar os documentos e os codes em famílias de acordo com critérios de análise estabelecidos pelo pesquisador. Assim, os artigos foram agrupados em três Famílias que indicavam os estudos predominantes, sendo elas intituladas “Estudos de Avaliação”, “Relatos de Experiências” e “Outros” (Figuras 2, 3 e 4).

O processo de organização e caracterização dos artigos consistiu na criação de três codes de identificação do ano de publicação, da região onde ocorreu a pesquisa e do tipo de estudo. Esses codes foram, em seguida, agrupados na família Caracterização dos Estudos. A figura 1 representa essa organização através de uma *Network*, um esquema que permitem correlacionar os elementos de uma família.

A categorização dos dados foi realizada ao longo da leitura dos textos. Quatro codes foram criados para representar as categorias “Desafios”, “Dificuldades”, “Potencialidades” e “Facilidades”, selecionadas conforme os objetivos da revisão.



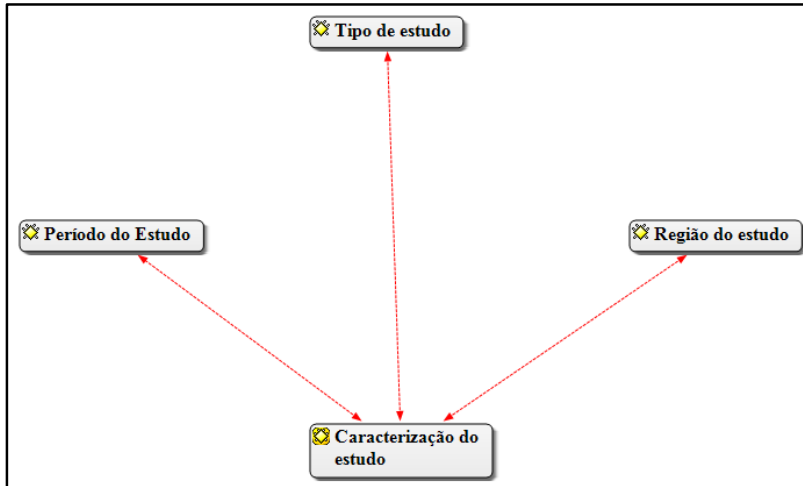


Figura 1. *Network* que relaciona categorias de caracterização dos estudos.  
Fonte: Autoria própria por meio do Software Atlas.ti.

### 3. RESULTADOS

#### 3.1. CARACTERIZAÇÃO DOS ESTUDOS

Os anos de publicação dos artigos variam de 2005 a 2015 e o período de coleta de dados da publicação mais antiga foi em 2001 (A), no Distrito Federal, enquanto o mais recente aconteceu em 2013 (N), no Rio de Janeiro. Os anos que concentraram maior número de publicações foram 2007 (B e C), 2008 (D e E) e 2012 (I, J e L). Não foram contemplados artigos dos anos de 2006 e de 2013.

A maioria dos estudos selecionados é da Região Sudeste do Brasil (C, E, J e N), seguida pelas Regiões Nordeste (H, L e M), Sul (B, D e F) e Centro-Oeste (A e G). Um artigo foi realizado em escala nacional (I) e nenhum ocorreu na região Norte.

O maior número de publicações está concentrado entre os anos de 2007 e 2012 (n=10) e a Região de maior peso nesse período foi o Sul do país (n=3). A Região Nordeste (n=3) começa a publicar estudos a partir de 2011 (H), com mais dois artigos em 2012 (L) e 2014 (M). Ainda assim, a Região predominante nos estudos é a Sudeste (n=4), com dois estudos realizados no estado do Rio de Janeiro, um em São Paulo e um em Minas Gerais.

<b>Código de Identificação</b>	<b>Ano de publicação</b>	<b>Título e código atribuído pelo Atlas.ti</b>	<b>Região do estudo</b>	<b>Tipo de estudo*</b>	<b>Participantes</b>
A	2005	Evaluation of pharmaceutical assistance in public primary care in Brasília, Brazil (P1)	Centro-Oeste	Estudo transversal	Pacientes
B		Relato de um seguimento farmacoterapêutico de pacientes portadores de	Sul	Prospectivo descritivo	Pacientes

	2007	diabetes do programa saúde da família de Atalaia, Paraná (P8)			
C		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 (P10)	Sudeste	Estudo Prospectivo	Pacientes e Farmacêutico
D	2008	Atenção farmacêutica no contexto da estratégia de saúde da família (P11)	Sul	Estudo de caso	Profissionais de outras Categorias
E		Avaliação da assistência farmacêutica à gestante na rede básica de saúde do Município de Praia Grande, São Paulo, Brasil (P13)	Sudeste	Não identificado	Dados secundários e entrevistas com informantes-chave
F	2009	Pharmacist contributions for basic care from the perspective of professionals of familial health care team (P3)	Sul	Descritivo	Profissionais de outras Categorias
G	2010	Atenção Farmacêutica em Goiânia: inserção do farmacêutico na	Centro-Oeste	Relato de Experiência	Pacientes e Farmacêutico

		Estratégia Saúde da Família (P6)			
H	2011	Assistência Farmacêutica no Programa Saúde da Família: encontros e desencontros do processo de organização (P7)	Nordeste	Abordagem crítico-analítica	Profissionais de outras Categorias
I	2012	HÓRUS: Inovação tecnológica na Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde (P2)	Nacional	Descritivo e exploratório	Gestores locais e Profissionais de Saúde
J		Implantação da atenção farmacêutica em uma unidade de atenção primária à saúde do Brasil: avaliação qualitativa por uma equipe multiprofissional (P9)	Sudeste	Não identificado	Profissionais de outras Categorias
L		Avaliação da Assistência Farmacêutica na atenção primária no município de Petrolina (PE) (P12)	Nordeste	Observacional longitudinal descritivo com abordagem quali-quantitativa	Profissionais de saúde
M	2014	Descarte de medicamentos: uma análise da prática no Programa Saúde da Família (P5)	Nordeste	Não identificado	Profissionais de outras Categorias e farmacêutico
		Serviços farmacêuticos na		Não	

N	2015	atenção primária no município do Rio de Janeiro: um estudo de avaliabilidade (P4)	Sudeste	identificado	Gestores
---	------	---	---------	--------------	----------

\*Os tipos de estudos foram caracterizados nos próprios artigos.

Tabela 1. Caracterização dos artigos incluídos na revisão  
 Fonte: autoria própria

Quatro artigos são de estudos de avaliação, sendo três deles sobre a avaliação da Assistência Farmacêutica em unidades de atenção básica e outro avaliava especificamente a intervenção farmacêutica na identificação e resolução de Problemas Relacionados aos Medicamentos (PRMs). Outros cinco artigos apresentaram estudos realizados a partir de relatos de experiência, onde três tinham profissionais de saúde como participantes de pesquisa e outros dois relatavam experiências de intervenção farmacêutica.

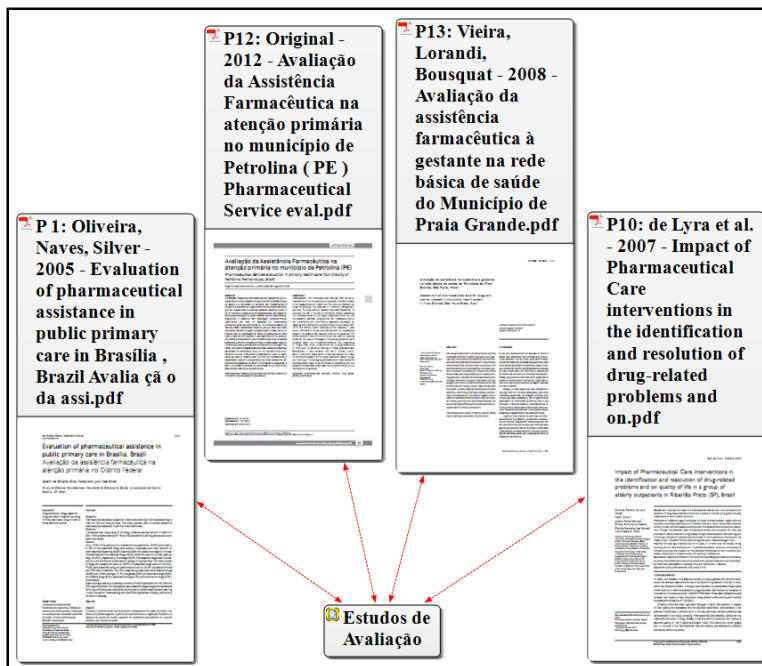


Figura 2. Estudos de avaliação  
 Fonte: autoria própria via Atlas.ti

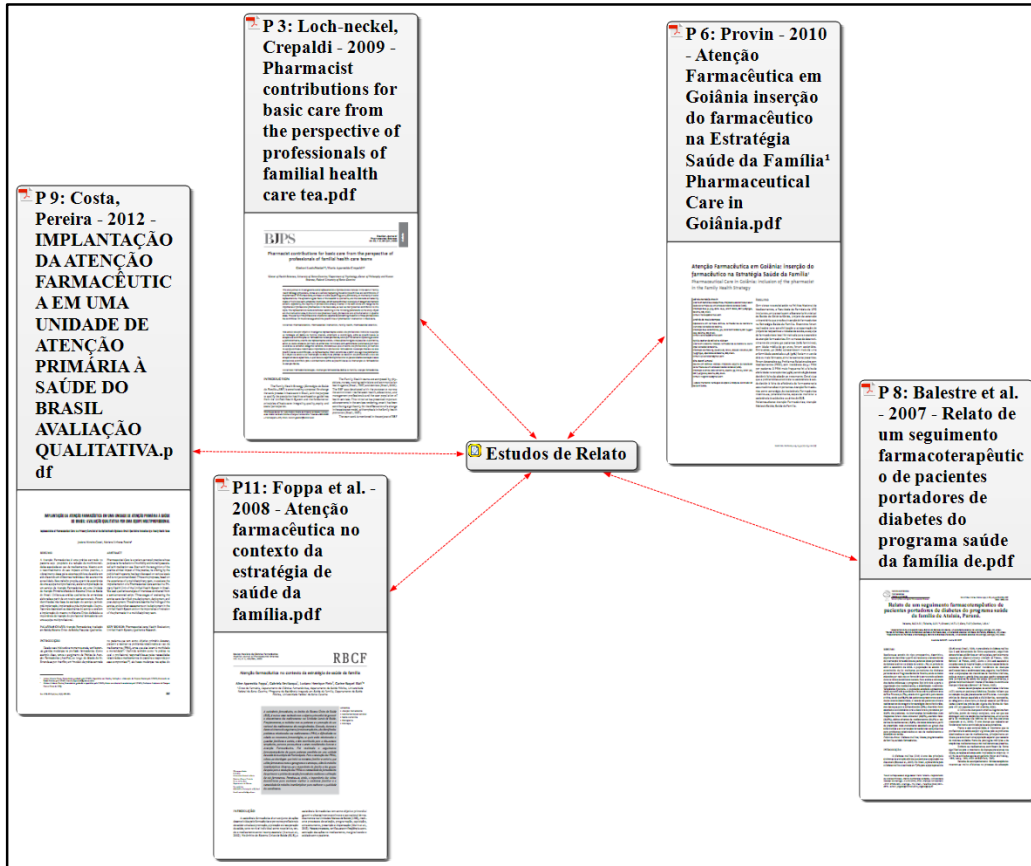


Figura 3. Relatos de Experiência  
 Fonte: autoria própria via Atlas.ti

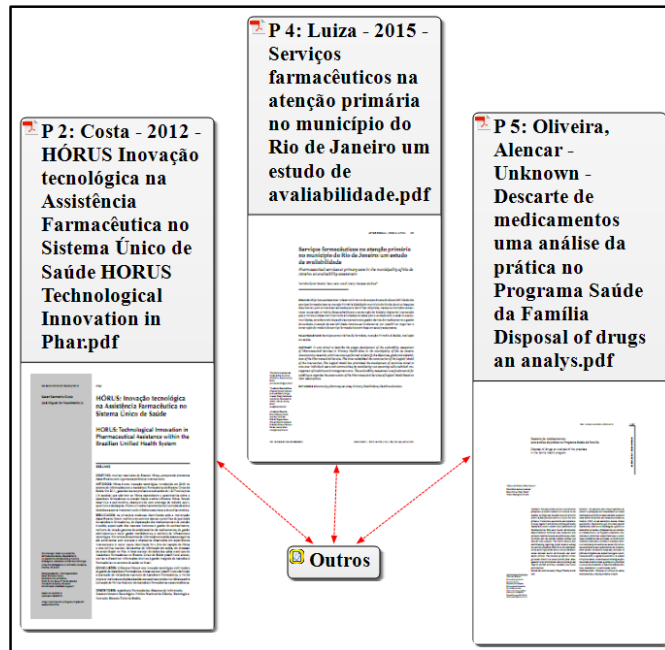


Figura 4. Outros Estudos  
 Fonte: autoria própria via Atlas.ti

### 3.2. EXPERIÊNCIAS PROFISSIONAIS DO FARMACÊUTICO NA APS

Experiências profissionais sobre os serviços de intervenção farmacoterapêutica são relatadas em quatro artigos (B, C, D e G), resultados dos estudos realizados no município de Atalaia/PR (2003) (B), Ribeirão Preto/SP (2004) (C), em Florianópolis/SC (2006) (D) e Goiânia/GO (2008) (G). Os pacientes desses estudos foram acompanhados pelo farmacêutico por meio de visitas domiciliares ou consultas. O objetivo era identificar os problemas relacionados aos medicamentos (PRMs), coletar dados sobre como os insumos estavam sendo usados, as experiências dos pacientes com as substâncias, possíveis interações, hábitos de vida e outras informações que poderiam ser importantes para avaliação do uso racional. Foram, também, realizadas ações educativas, em que o profissional informava o paciente e dava as devidas orientações. Em todos os casos, as decisões eram sempre tomadas em equipe multiprofissional e com aprovação do prescritor. Mas foi também averiguado que as propostas geradas pelas intervenções nem sempre eram acatas pelos médicos, de forma que, por vezes, esses mantinham a conduta médica anterior.

### 3.3. DESAFIOS E DIFICULDADES PARA O TRABALHO DO FARMACÊUTICO

O farmacêutico não faz parte da equipe mínima de saúde na Atenção Primária. A ausência do profissional nas unidades foi relatada em cinco trabalhos. Em Brasília, Naves e Silver (2005) (A) estudaram 15 farmácias de unidades básicas de saúde e notaram que apenas duas delas tinham farmacêuticos efetivos (NAVES; SILVER, 2005). Esse achado se repete nos estudos realizados em Praia Grande/SP (2008) (E), em um município da Bahia (2011) (H) e em Belo Horizonte/MG (2012) (J). Por meio de entrevistas com os trabalhadores das unidades envolvidas, os pesquisadores puderam captar que, geralmente, os técnicos ou auxiliares de enfermagem faziam a dispensação

dos medicamentos (COSTA; PEREIRA, 2012; MARIA; NASCIMENTO, 2011; VIEIRA; LORANDI; BOUSQUAT, 2008).

No que se refere ao segmento farmacoterapêutico, Provin e colaboradores (2010) relatam a experiência do Programa de Atenção Farmacêutica na Estratégia Saúde da Família da Universidade Federal do Goiás. As intervenções feitas nos tratamentos dos pacientes, conforme a identificação dos problemas relacionados aos medicamentos (PRMs), eram discutidas com os demais profissionais da assistência. Apesar de haver aceitabilidade nas sugestões propostas, na prática o mesmo não ocorreu, pois as condutas anteriores foram mantidas. É provável que tal fato seja reflexo da falta de integração do profissional farmacêutico à equipe (PROVIN et al., 2010).

O número insuficiente de profissionais e a capacitação para a atuação nas atividades da AF foram deficiências apontadas em quatro pesquisas. O estudo de Viera, Lorandi e Bousquat (E), realizado em 2006, no município de Praia Grande, São Paulo, mostra que são deficiências principalmente dos processos de programação e dispensação de medicamentos na região. Como a unidade não conta com farmacêutico disponível em tempo integral, outros funcionários fazem a entrega dos medicamentos, mas não são capacitados para essa tarefa (VIEIRA; LORANDI; BOUSQUAT, 2008). O mesmo problema foi verificado no estudo de Silva Júnior e Nunes (2012) (L) na cidade de Petrolina, onde também se verificou um controle de estoque incipiente devido à sobrecarga dos poucos funcionários envolvidos neste trabalho, o que levava à constante falta de medicamentos. Ainda, a dispensação era executada por uma auxiliar de enfermagem sem uma perícia adequada sobre a prescrição e orientação ao paciente (SILVA JÚNIOR; NUNES, 2012).

No artigo publicado em 2012 por Costa e Nascimento Jr. (I), sobre o sistema HÓRUS como inovação tecnológica pra a gestão da AF, a avaliação e o monitoramento



para entender a adesão ao sistema encontraram como dificuldades a escassez de recursos humanos para a demanda dos serviços de gerenciamento e a falta de qualificação para a atuação na gestão da assistência farmacêutica, além de fatores organizacionais e estruturais como equipamentos inadequados e insuficientes nas farmácias para utilização das novas tecnologias. Esse sistema poderia ser uma potencial ferramenta para o trabalho de gerenciamento e influenciaria no cuidado ao paciente se encontrasse condições mais propícias para ser implantado, pois por meio desse recurso estariam disponíveis informações técnicas que poderiam ser usadas para qualificar a gestão do cuidado, além de ser alimentado com informações sobre o paciente e as prescrições que promoveriam eficiência e rapidez da assistência (COSTA; NASCIMENTO JR., 2012).

O envolvimento de outros profissionais sem qualificação com as etapas do ciclo da AF foi intensamente documentado por Alencar e Nascimento na publicação de 2011 (H), que descobriram nas falas dos profissionais a necessidade de promover educação permanente em saúde para lançar mão de estratégias e planejamentos buscando a efetividade dos serviços prestados (ALENCAR; NASCIMENTO, 2011).

A educação permanente aparece como uma etapa técnica do cuidado ao paciente na construção do Modelo Lógico dos Serviços Farmacêuticos, construído no Rio de Janeiro, conforme apresentado pelo trabalho por de Pereira, Luiza e Cruz (2013) (N). Por meio das análises documentais e das entrevistas com os gestores ligados à implantação e intervenção da AF na cidade puderam ver que a educação permanente era um objetivo específico relacionado à etapa de seleção de medicamentos e um resultado esperado pelos gestores e profissionais para a gestão do cuidado com o usuário (PEREIRA; LUIZA; CRUZ, 2015).

A etapa do ciclo da AF referente à seleção de medicamentos foi descrita em

quatro artigos como um ponto crítico dos serviços farmacêuticos, uma problemática que encontra uma fragilidade na constituição das Comissões de Farmácia Terapêutica (CFT). No município de Praia Grande (E), São Paulo, não havia uma CFT regulamentada em 2006, apesar da existência de uma lista de medicamentos padronizados revisada no ano de 2003 de forma desconhecida. Segundo os relatos dos autores, as alterações realizadas na lista eram feitas quando os médicos solicitavam inclusões, mas as decisões se baseavam em medidas de caráter administrativo somente, o que demonstrava a falta de critérios para o processo (VIEIRA; LORANDI; BOUSQUAT, 2008a). O mesmo foi verificado em Petrolina, Pernambuco, no ano de 2010 (L), por meio de questionários semiestruturados aplicados aos farmacêuticos do NASF (SILVA JÚNIOR; NUNES, 2012).

Em um município da Bahia, Alencar e Nascimento viram em 2010 (H) que a comissão foi organizada e contava com médicos, enfermeiros e farmacêuticos. Entretanto, nas falas dos entrevistados notou-se que não havia compromisso dos envolvidos e a falta de encontros periódicos demonstrava um trabalho desarticulado e pouco efetivo (ALENCAR; NASCIMENTO, 2011). A não priorização da constituição das CFTs, bem como a inexistência de medidas de educação continuada nesse sentido são deficiências que aparecem no estudo nacional sobre a implantação do HÓRUS em 2012 (I), resultado obtido também pelo uso de questionários aos gestores locais (COSTA; NASCIMENTO JR., 2012).

As questões estruturais foram assuntos abordados em apenas dois dos artigos (A e L). Naves e Silver (2005) encontraram, nas unidades, pequenos espaços para a dispensação, de forma que a atividade era desconfortável para o funcionário e o paciente e durava em torno de 53.2 segundos (NAVES; SILVER, 2005). Nas 15 unidades pesquisadas por Silva Junior e Nunes (2012), 67% possuíam área exclusiva para a

dispensação. Mas apenas 40% tinha espaço considerado adequado para a prática da atividade (E. B. SILVA JÚNIOR; NUNES, 2012).

#### 3.4. POTENCIALIDADES E FACILIDADES PARA O TRABALHO DO FARMACÊUTICO

O trabalho em equipe é um aspecto mencionado em 10 dos 13 textos analisados, sendo abordado de forma positiva para a assistência farmacêutica na APS. Alencar e Nascimento (2011) (H) buscaram entender como a organização da AF influenciaria na integralidade do SUS por meio do estudo das atividades logísticas. Eles apontam que a contribuição dos diferentes sujeitos, ao agregar seus conhecimentos, práticas e saberes para a atividade de seleção, programação e armazenamento de medicamentos, de forma que torna possível assegurar o direito à saúde pela dinâmica dos diversos processos de trabalho. Na unidade básica de saúde estudada, localizada em um município da Bahia (H), trabalhadores de outras áreas são executores do ciclo da AF. Nas entrevistas foi possível captar falas sobre o envolvimento desses indivíduos nas atividades anteriormente mencionadas. Um deles explica que, por meio de planilhas, controla o quantitativo de medicamentos que distribui e utiliza essas informações para fazer um balanço e saber o quanto precisa pedir para o mês seguinte. Observou-se também que a dispensação era realizada por outros profissionais, que se referiam a essa tarefa como “despache” ou “distribuição” (ALENCAR; NASCIMENTO, 2011).

O estudo transversal feito por Lyra e colaboradores em uma unidade de Atenção Primária de Ribeirão Preto (C) mostrou que o trabalho conjunto entre o farmacêutico e o médico obtiveram resultados eficazes quanto à identificação e resolução de problemas relacionados a medicamentos (PRM). Os pacientes da pesquisa passaram por consultas farmacêuticas uma vez por mês no período de um ano e responderam ao questionário Medical Outcomes Study Short Form 36 (SF-36), instrumento de avaliação da

qualidade de vida, na primeira e na última consulta. Os pesquisadores observaram que 69% dos PRM foram solucionados e 78% foram prevenidos (DE LYRA et al., 2007).

A participação de outras profissionais nas questões relacionadas aos PRMs também foi evidência de Foppa e colaboradores (2008) (D) vista nos relatos de caso de pacientes de uma unidade de saúde em Florianópolis. A participação de equipes de nutricionistas no caso de uma paciente diabética com sobrepeso que fazia uso de insulina auxiliou na diminuição dos quadros de hipoglicemia. No caso de um paciente idoso, relatou-se que a equipe de saúde discutia as mudanças de tratamento para o distúrbio do sono (FOPPA et al., 2008).

Esse mesmo estudo abordou a intervenção farmacêutica junto à equipe de saúde no contexto familiar e social dos pacientes. O Método Dáder foi utilizado para realizar o segmento farmacoterapêutico. Tal método consiste em levantar o histórico do paciente quanto aos seus problemas de saúde e experiências com medicamentos, além de avaliar a situação atual e procurar resolver os PRMs possíveis. O Genograma e o Ecomapa foram elaborados para analisar o contexto social dos usuários. Em todos os casos narrados a presença da família ou uma pessoa ligada ao paciente foi importante para o acompanhamento e resolução dos problemas. O seguinte trecho retirado do artigo de FOPPA diz respeito ao principal achado da pesquisa:

Na prática do atendimento farmacêutico na atenção primária, verificou-se que a família pode ser um campo de atuação do farmacêutico para resolver de forma mais eficaz os problemas com a medicação de determinados pacientes, principalmente idosos, os quais, muitas vezes, apresentam doenças crônicas e/ou degenerativas e fazem uso de polimedicação. (FOPPA et al., 2008).

#### 4. DISCUSSÃO

Os estudos na área da Assistência Farmacêutica que abordam um pouco da temática do trabalho do farmacêutico começam a ser mais frequentes a partir do ano de 2005, com o estudo de Naves e Silver, conforme mostra a tabela 1. Em uma revisão da literatura que levantou as publicações da área de Assistência Farmacêutica entre os anos de 1990 e 2009, Funchal-Witzel e colaboradores (2011) observaram que nove publicações foram de estudos realizados nas unidades básicas de saúde, correspondendo a 22,4% do total levantado por eles. Dentre eles, cinco foram estudos realizados no estado de São Paulo. Observou ainda que o número de publicações aumentou a partir de 2006, com nove publicações, enquanto anteriormente se tinha em média duas publicações por ano (FUNCHAL-WITZEL et al., 2011). Isso aponta um recente interesse pelo estudo dos processos de trabalho que acontecem no âmbito da AF.

O processo de trabalho do farmacêutico possui uma complexidade que envolve domínio de conhecimentos de áreas distintas, uma vez que têm como objetos de trabalho os pacientes e os insumos. Araújo (2008) aborda que a Assistência farmacêutica é composta pela tecnologia de gestão do medicamento, relacionada com a garantia da acessibilidade, e a tecnologia do uso do medicamento, que visa à promoção do uso racional (ARAÚJO et al., 2008). No entanto, tem sido apontado nas publicações que o foco dos serviços dos farmacêuticos ainda são os insumos e os serviços técnico-gerenciais acabam sendo priorizados (ARAÚJO; UETA; DE FREITAS, 2005; FUNCHAL-WITZEL et al., 2011)

Em contrapartida, as intervenções farmacêuticas relatadas nos estudos de segmento farmacoterapêutico demonstram a potencialidade do profissional quanto à sua atuação junto à equipe de saúde para produzir a efetividade do tratamento. A prática da dispensação e as consultas farmacêuticas, em que se desenvolve o segmento

farmacoterapêutico, são importantes para proporcionar a identificação dos PRMs e a educação em saúde para o uso racional de medicamentos através do contato direto com o paciente (BALESTRE et al., 2007). Nesses momentos, a prescrição é avaliada para identificar possíveis erros, o usuário recebe informações sobre os insumos e o tratamento correto e são estabelecidas formas de acompanhamento farmacoterapêutico (ALENCAR; NASCIMENTO, 2011). No estudo de Lyra e colaboradores (2007), 30 pacientes foram acompanhados pelo farmacêutico durante um ano e nesse período foram identificados 92 PRMs, sendo uma média de  $3,0 \pm 1,5$  problemas para cada paciente (DE LYRA et al., 2007). A ocorrência desses PRMs pode ser causada pela falta de informação e acarretar aumento dos gastos do sistema de saúde com tratamentos de alta complexidade, fragilizando a resolutividade da APS. Por isso, a presença do farmacêutico se torna ainda mais interessante do ponto de vista financeiro para o SUS, além de proporcionar maior segurança e qualidade de vida para o usuário (ARAÚJO et al., 2008; VIEIRA; LORANDI; BOUSQUAT, 2008).

Uma barreira à implementação dos serviços de cuidado é que o farmacêutico encontra-se inserido na APS por meio do NASF, cuja composição é de responsabilidade dos gestores municipais que utilizam como critérios as demandas locais e o quantitativo de profissionais de que dispõe (BRASIL, 2009). Portanto, ele não está efetivamente integrado às equipes nas unidades de saúde. Estima-se que apenas 40% das equipes do NASF contam com a presença do farmacêutico. Nakamura e Leite (2016) estudaram o processo de trabalho dos farmacêuticos do NASF em um município do sul do país e constataram que o processo de trabalho não está definido nem estruturado. Através da fala de um dos farmacêuticos, perceberam que o profissional planejava suas ações de forma isolada, sem uma construção coletiva (NAKAMURA; LEITE, 2016). Os estudos mostraram que na ausência do farmacêutico, algumas das atividades da assistência

farmacêutica, como a seleção, a programação e a dispensação, eram desenvolvidas por outros trabalhadores que não tinham capacitação para tal e que não passaram por treinamento prévio (SILVA JÚNIOR; NUNES, 2012; VIEIRA; LORANDI; BOUSQUAT, 2008).

A Lei nº 5.991 de 1973 prevê em seu artigo 15 que toda farmácia deve ter assistência de um técnico responsável em tempo integral de funcionamento, obrigatoriamente (BRASIL, 1973). No entanto, a Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008, pelo qual foi criado o NASF, não assegura que as farmácias das unidades básicas terão um responsável técnico integralmente porque o gestor municipal encarregado de constituir as equipes poderá optar por não incluir o farmacêutico (BRASIL, 2008). Para contrapor ainda mais essa condição, em agosto de 2014 foi publicada a Lei nº 13.021, que dispõe sobre o exercício e a fiscalização das atividades do farmacêutico, onde se encontra o seguinte artigo: “Art. 5º No âmbito da assistência farmacêutica, as farmácias de qualquer natureza requerem, obrigatoriamente, para seu funcionamento, a responsabilidade e a assistência técnica de farmacêutico habilitado na forma da lei.” Portanto, pode ser o momento de repensar e redefinir normas e práticas para os serviços farmacêuticos serem proporcionados na APS (BRASIL, 2014).

Nas pesquisas de Loch-neckel e Crepaldi (F), Alencar e Nascimento (H) e Costa e Pereira (J) as entrevistas com os trabalhadores demonstraram que a maioria não saberia quais as contribuições que o farmacêutico seria capaz de fazer para a equipe, ou achavam que não seria pertinente tê-lo na unidade, mesmo sabendo suas atribuições com os pacientes e os medicamentos (ALENCAR; NASCIMENTO, 2011; COSTA; PEREIRA, 2012; LOCH-NECKEL; CREPALDI, 2009). Esse quadro comprova a falta de clareza quanto à função do farmacêutico diante da equipe, da população e de si próprio, o que pode estar atrelado à falta de formação voltada para o trabalho na APS e

medidas de educação continuada (NAKAMURA; LEITE, 2016). O reflexo disso é uma representatividade social ínfima do profissional, tornando a exigência dos serviços de atenção farmacêutica pelos usuários e pelos membros das Equipes de Saúde da Família inexistente. (LOCH-NECKEL; CREPALDI, 2009; NAKAMURA; LEITE, 2016).

O farmacêutico pode ser o profissional-chave na construção da AF devido à singularidade dos seus conhecimentos técnicos, mas as atividades produzidas nesse âmbito não são exclusivas do profissional (ARAÚJO; UETA; DE FREITAS, 2005). É importante lembrar que as ações de saúde buscam atender às múltiplas e variadas demandas dos usuários. Por isso, o trabalho em saúde é caracterizado pela atuação de equipes multiprofissionais, com membros autônomos que possuem suas expertises técnicas, mas que interagem para proporcionar a integralidade do cuidado e funcionamento correto dos serviços (PIRES; SCHWARTZ, 2009). Considerando, ainda, outro conceito de AF, além dos já mencionados neste trabalho, proposto pela Resolução nº 357 de 20 de abril de 2001 como “o conjunto de ações e serviços que visam assegurar a assistência integral, a promoção, a proteção e a recuperação da saúde nos estabelecimentos públicos ou privados, desempenhados pelo farmacêutico ou sob sua supervisão”, se verifica que outros profissionais possuem um importante função nesse processo (BRASIL, 2001).

Os trabalhadores entrevistados nas pesquisas de relatos de experiência (C, F e H), muitos deles auxiliares de enfermagem, revelaram que consideravam as atividades logísticas menos relevantes e, por isso, guardavam os medicamentos no momento que sobrava tempo. O fato de não haver um servidor designado para isso e a não priorização desse trabalho pelos agentes executores pode acarretar em erros no armazenamento, controle de estoque incipiente e perdas de insumos, provocando desabastecimento das unidades de saúde. Outro erro no ciclo que prejudica o funcionamento da AF é a falta de



comprometimento dos membros da Comissão de Farmácia Terapêutica (CFT) ou mesmo a inexistência da comissão regulamentada (OLIVEIRA; ASSIS; BARBONI, 2010). A seleção dos medicamentos que atenderão às necessidades básicas de um município é um ponto estratégico para garantir a acessibilidade da população aos insumos e o uso racional, assim como fortalece a descentralização e direciona os gastos. Uma seleção sem critérios pode também levar ao desabastecimento e prejudicar a acessibilidade (ARAÚJO et al., 2008; MAGARINOS-TORRES et al., 2014). Os problemas relacionados aos recursos humanos e à capacitação para AF aparecem como dificuldades para o sistema de saúde promover acessibilidade e uso racional de medicamentos e um desafio para o farmacêutico, que tem como uma de suas atribuições o oferecimento da assistência técnica à equipe e provimento de treinamentos para os demais trabalhadores (BRASIL, 2013).

A Assistência Farmacêutica é composta por etapas interdependentes e se uma delas é feita de maneira inadequada, todo o processo fica comprometido (E. B. SILVA JÚNIOR; NUNES, 2012). A educação permanente é uma estratégia que pode minimizar os erros e proporcionar a melhoria da qualidade dos serviços em saúde (BRASIL, 2007).

## 5. CONCLUSÃO

O trabalho do farmacêutico na Atenção Primária à Saúde é ainda um campo pouco explorado, havendo poucos estudos que tenham as suas atividades como um objeto principal de análise. Mas, por meio das publicações atuais que investigam a Assistência Farmacêutica e suas implicações para o SUS, é possível compreender o contexto do trabalho e suas reais deficiências que acabam por suprimir as potencialidades que poderiam trazer benefícios para os pacientes, para os serviços de saúde e para a vigilância sanitária.

As maiores dificuldades encontradas para o trabalho do farmacêutico estão ligadas à regulação da inserção do profissional na Atenção Primária à Saúde. Consequentemente, sua integração à equipe de saúde se torna um desafio constante, uma vez que a assistência farmacêutica deve ser desenvolvida pelo trabalho coletivo, envolvendo atores das diversas categorias que agregam expertises diversas ao processo de construção do cuidado e gerenciamento. Faz-se necessário um debate sobre normas e práticas que possibilitem a implantação dos serviços farmacêuticos na APS em nível nacional. Em contrapartida, o próprio farmacêutico deve provocar esse debate e mostrar que seus serviços possuem potencialidades que aumentam a resolutividade das ações da porta da entrada do SUS, diminuindo internações e perda de recursos materiais que o sistema atualmente enfrenta devido à ausência de um trabalhador que tenha conhecimentos técnicos diversos voltados para as atividades da assistência farmacêutica.

## REFERENCIAS

ALENCAR, T. O. S.; NASCIMENTO, A. A. Assistência Farmacêutica no Programa Saúde da Família: encontros e desencontros do processo de organização. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 9, p. 3939–3949, set. 2011.

ARAÚJO, A. L. A. et al. Perfil da assistência farmacêutica na atenção primária do Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. supl, p. 611–617, 2008.

ARAÚJO, A. L. A.; UETA, J. M.; DE FREITAS, O. Assistência farmacêutica como um modelo tecnológico em atenção primária à saúde. **Revista de Ciências Farmaceuticas Basica e Aplicada**, v. 26, n. 2, p. 87–92, 2005.

BALESTRE, K. C. B. E. et al. Relato de um seguimento farmacoterapêutico de pacientes portadores de diabetes do programa saúde da família de Atalaia, Paraná. **Revista de Ciências Farmaceuticas Basica e Aplicada**, v. 28, n. 2, p. 203–208, 2007.

BRASIL. Lei nº 5.991, de 17 de dezembro de 1973. **Diário Oficial da União**, v. Seção 1, p. 13049, 1973.

BRASIL. **Resolução 338, de 06 de maio de 2004** Psicologia: Reflex, 2004.

BRASIL. **Diretrizes do nasf** Caderno de atenção básica, 2009. Disponível em: <[www.saude.gov.br/bvs](http://www.saude.gov.br/bvs)>

BRASIL. **Resolução Nº 585 De 29 De Agosto De 2013**, 2013.

BRASIL. **LEI Nº 13.021, DE 8 DE AGOSTO DE 2014**, 2014.

BRASIL; SAÚDE, S. DE P. DE. Summary for Policymakers. In: INTERGOVERNMENTAL PANEL ON CLIMATE CHANGE (Ed.). . **Climate Change 2013 - The Physical Science Basis**. Cambridge: Cambridge University Press, 1998. p. 1–30.

BRASIL. **Resolução Nº 357** Diário Oficial da União, 2001.

BRASIL. PORTARIA Nº 154, DE 24 DE JANEIRO DE 2008 Cria. **Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF**.

BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Atenção Primária e Promoção da Saúde. Volume 8**. [s.l: s.n.].

CASTRO, M. DE; PEREIRA, W. R. Cuidado integral: concepções e práticas de docentes de Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 64, n. 3, p. 486–493, 2011.

COSTA, J. M.; PEREIRA, M. L. Implementation of Pharmaceutical Care in a Primary Care Unit of the Unified Health System in Brazil: Qualitative Evaluation by a Family Health Team. **Rev. APS**, 2012.

COSTA, K. S.; NASCIMENTO JR., J. M. DO. HÓRUS: inovação tecnológica na assistência farmacêutica no sistema único de saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 46, n.

SUPPL.1, p. 91–99, dez. 2012.

DE LYRA, D. P. 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. **Therapeutics and clinical risk management**, v. 3, n. 6, p. 989–98, dez. 2007.

E. B. SILVA JÚNIOR, L. M. N.; NUNES. Avaliação da Assistência Farmacêutica na atenção primária no município de Petrolina ( PE ) Pharmaceutical Service evaluation in primary health care from the city of. **Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde**, v. 37, p. 65–69, 2012.

FERTONANI, H. P. et al. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Ciência & saúde coletiva**, v. 20, n. 6, p. 1869–78, 2015.

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

FRIESE, S. ATLAS. ti 7 User Guide and Reference. p. 1–469, 2013.

FUNCHAL-WITZEL, M. D. R. et al. Brazilian scientific production on pharmaceutical care from 1990 to 2009. **Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences**, v. 47, n. 2, p. 409–420, jun. 2011.

LOCH-NECKEL, G.; CREPALDI, M. A. Pharmacist contributions for basic care from the perspective of professionals of familial health care teams. **Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences**, v. 45, n. 2, p. 263–272, 2009a.

LUIZA, V. L. Serviços farmacêuticos na atenção primária no município do Rio de Janeiro : um estudo de avaliabilidade. p. 451–468, 2015.

MAGARINOS-TORRES, R. et al. Medicamentos essenciais e processo de seleção em práticas de gestão da Assistência Farmacêutica em estados e municípios brasileiros. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 9, p. 3859–3868, set. 2014.

NAKAMURA, C. A.; LEITE, S. N. 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, maio 2016.

NAVES, J. DE O. S.; SILVER, L. D. Evaluation of pharmaceutical assistance in public primary care in Brasília, Brazil. **Revista de Saúde Pública**, v. 39, n. 2, p. 223–230, abr. 2005.

OLIVEIRA, L. C. F. DE; ASSIS, M. M. A.; BARBONI, A. R. Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde: da Política Nacional de Medicamentos à Atenção Básica à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, p. 3561–3567, nov. 2010.

PEREIRA, N. C.; LUIZA, V. L.; CRUZ, M. M. 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, jun. 2015.

PINHEIRO, R. M. Serviços Farmacêuticos na Atenção Primária à Saúde. **Revista Tempus Actas Saúde Coletiva**, v. 4, n. 3, p. 15–22, 2010.

PIRES, D.; SCHWARTZ, Y. Trabalho coletivo : um desafio para a gestão em saúde  
Collective work : a challenge for. **Patient Care**, v. 43, n. 4, p. 721–725, 2009.

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

VIEIRA, M. R. DA S.; LORANDI, P. A.; BOUSQUAT, A. Avaliação da assistência farmacêutica à gestante na rede básica de saúde do Município de Praia Grande, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 6, p. 1419–1428, jun. 2008.

VOSGERAU, D. S. R.; ROMANOWSKI, J. P. Estudos de revisão: implicações conceituais e metodológicas. **Revista Diálogo Educacional**, v. 14, n. 474, p. 165, 2014.