

Revista da Universidade Vale do Rio Verde  
ISSN: 1517-0276 / EISSN: 2236-5362  
v. 18 | n. 1 | Ano 2020

**Sebastião Gonçalves de Barros Neto**  
Farmacêutico, Mestre em Políticas Públicas e  
Desenvolvimento Local, Doutorando em  
Distúrbios do desenvolvimento – Universidade  
Presbiteriana Mackenzie. E-mail:  
sebastiaoobarros@outlook.com.

**Luiz Henrique Borges**  
Médico, Mestre em Medicina Preventiva, Doutor  
em Ciências da Saúde, professor adjunto da Escola  
Superior de Ciências da Santa Casa de  
Misericórdia de Vitória (EMESCAM). E-mail:  
luiz.borges@emescam.br.

## A PRÁTICA DA INTEGRALIDADE NO CUIDADO FARMACÊUTICO

### RESUMO

A prática farmacêutica tem se transformado no Brasil e, em virtude das políticas públicas de saúde do país, vindica aprimoramentos para assegurar a integralidade das ações. A pesquisa teve o objetivo de analisar os discursos dos profissionais farmacêuticos sobre a prática clínico-farmacêutica nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) da Prefeitura Municipal de Vitória (PMV) consoante os princípios da integralidade. Para tanto, foram entrevistados individualmente 12 participantes. A análise dos dados textuais, realizada por meio do *software* Alceste, originou quatro classes, agrupando os discursos sobre suas ações mediante o uso irracional de medicamentos, a inserção e a prática clínico-farmacêutica no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), o recepcionamento e o direcionamento legal das atribuições clínicas na esfera municipal e, por fim, os obstáculos a serem superados para a integralidade no Cuidado Farmacêutico. Os resultados demonstram que não há uma uniformidade quanto às ações clínicas farmacêuticas. A integração de suas ações com a equipe do NASF, embora demande novas competências, oportuniza a sistematização do Cuidado Farmacêutico e a operacionalização do princípio da integralidade. Portanto, para sua consolidação, são imprescindíveis a qualificação profissional, o direcionamento legal e o desmantelamento das limitações estruturais.

**Palavras-chave:** Cuidado Farmacêutico. Integralidade. Atenção Básica. Políticas de Saúde.

## PRACTICE OF INTEGRALITY IN PHARMACEUTICAL CARE

### ABSTRACT

Pharmaceutical practice has been changing in Brazil and, due to the public health policies in the country, demands improvement to assure the integrality of actions. The objective of this research is to analyze the discourses of pharmacy professionals about the pharmaceutical clinic practices in the Basic Healthcare Units (UBS) of the Municipal Government of Vitória (PMV), according to the principles of integrality. In order to achieve that, twelve participants were interviewed individually. From the analysis of the textual data, carried out through the use of the software Alceste, four classes were categorized, grouping the discourses about their actions regarding the irrational use of medicines, the addition of clinic-pharmaceutical practice in the Nucleus for the Support of Family Health (NASF), the receiving and legal directing of clinic attributions in the municipal area, and, finally, the obstacles to be surpassed for the integrality of Pharmaceutical Care. The results show that there is no uniformity in regards to the clinical pharmaceutical actions. The integration of their actions with the staff of the NASF, in spite of demanding new competences, creates opportunity for the systematization of Pharmaceutical Care and the operationalization of the principle of integrality.

Therefore, for its consolidation, professional qualification, legal directing and dismantlement of structural limitations are imperative.

**Keywords:** Pharmaceutical Care. Integrality. Basic Care. Health Policies.

## 1. INTRODUÇÃO

O Cuidado Farmacêutico ou Atenção Farmacêutica (termos intercambiáveis) foi inserido no SUS por intermédio da Política Nacional de Medicamentos (PNM) e suas complementares (BRASIL, 1998; BRASIL, 2004; BRASIL, 2014), adentrando um sistema composto por distintos profissionais que, em tese, compartilham de uma prática que se propõe operacionalizar o princípio da integralidade, que não é comum aos profissionais da área farmacêutica, uma vez que a posição social do profissional farmacêutico sempre esteve desvinculada da saúde pública. No entanto, embora pouco abordado com esse enfoque pela literatura, o princípio da integralidade é uma das premissas basilares da filosofia do Cuidado Farmacêutico. O Cuidado Farmacêutico/paciente oportuniza vínculo e relação terapêutica, uma vez que o paciente não é reduzido apenas a um “usuário de medicamento (s)”, mas é tomado como sujeito que detém particularidades a serem respeitadas e consideradas ao estabelecer o plano de cuidado na perspectiva da lógica de produção de saúde colaborativa (HEPLER; STRAND, 1990; CORRER; OTUKI, 2013).

Por possuir visão ampla sobre os medicamentos e estar em uma posição que coopera para um contato constante com o

usuário, a oferta do Cuidado Farmacêutico contribui para gestão clínica da farmacoterapia. Essa atenção potencializa resultados e diminui desvios, a partir de uma abordagem integral, abrangendo o grupo familiar e as relações sociais do paciente (CORRER; OTUKI, 2013; CORRER; NOBLAT; CASTRO, 2011).

O presente estudo buscou como objetivo geral analisar os discursos dos profissionais farmacêuticos sobre a prática clínica farmacêutica nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) da Prefeitura Municipal de Vitória (PMV), para compreender como a integralidade é vivenciada, e os sentidos atribuídos à prática ampliada dos cuidados farmacêuticos quanto à promoção da racionalidade no uso de medicamentos; analisar os discursos no intuito de verificar a existência de normas legais municipais que tratem das atribuições clínicas farmacêuticas e a formação continuada para a qualificação e exercício pleno de suas atribuições; analisar as condições de estrutura e processo que dificultam a oferta e a sistematização das atividades clínicas farmacêuticas.

## 2 MÉTODO

O estudo contou com 12 participantes, todos farmacêuticos atuantes na Atenção Básica do Sistema Único de Saúde (SUS) da Secretaria Municipal de Saúde de Vitória (PMV/SEMUS).

Foram conduzidas entrevistas com roteiro semiestruturado com 11 questões. Elas foram gravadas e posteriormente transcritas na íntegra. Os dados das entrevistas foram analisados de forma qualitativa.

O estudo foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM), recebendo parecer de aprovação nº 1.748.496. Os entrevistados aceitaram participar voluntariamente deste estudo e assinaram as duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

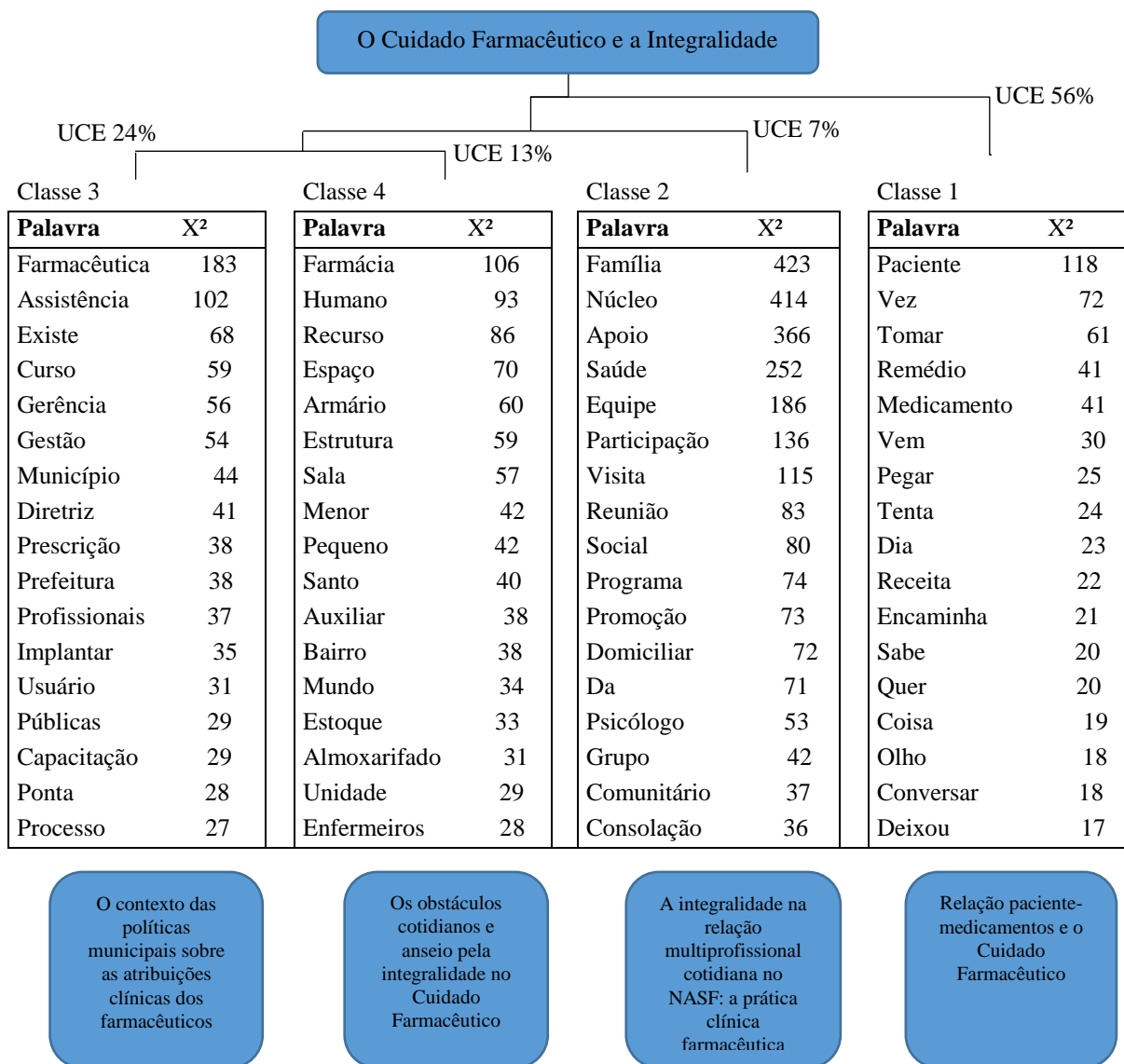
Como recurso para a análise dos dados, foi utilizado o *software* Alceste. Trata-se de um programa que conjuga uma série de procedimentos estatísticos aplicados ao banco de dados textuais; neste contexto, às entrevistas. O programa realiza automaticamente uma classificação hierárquica descendente, estabelecendo semelhanças e oposições no vocabulário.

### 3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A produção discursiva das entrevistas foi analisada pelo *software* Alceste e originou quatro classes que estão exibidas na Figura 1. A classe 1 agrupa os discursos sobre o acesso e uso medicamentos pelos pacientes e o Cuidado Farmacêutico na promoção do uso racional, ao passo que a classe 2 desnudou a inserção e a prática clínica farmacêutica no trabalho multiprofissional, interdisciplinar e intersetorial do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) como possibilidade para a sistematização do Cuidado Farmacêutico. A classe 3 agregou os discursos que foram profe-

ridos sobre as políticas municipais que abordam as atribuições clínicas dos farmacêuticos e a formação continuada para a qualificação e pleno exercício dessas atribuições, enquanto que a classe 4 aborda as limitações estruturais, e as implicações no processo de trabalho, obstáculos para a integralidade no Cuidado Farmacêutico. Também na Figura 1, é apresentada, para cada classe supracitada, a forma reduzida de suas palavras representativas, acompanhadas do  $\chi^2$  (qui-quadrados) de associação e os respectivos títulos conferidos a cada classe. Cabe destacar que o qui-quadrado é, por definição, um teste de hipótese; por conseguinte, seu objetivo é exprimir o valor da dispersão de duas variáveis qualitativas nominais, averiguando a ocorrência de associação entre elas. Dada a sua natureza, esse método compara as divergências prováveis entre as frequências observadas e as frequências aguardadas quanto a um certo evento.

Figura 1. Classificação hierárquica do corpus Cuidado Farmacêutico e a Integralidade



Fonte: Elaboração própria (2019)..

### 3.1 Classe 1: Relação paciente-medicamentos e o Cuidado Farmacêutico

Essa classe reuniu as respostas sobre a percepção do farmacêutico acerca da relação paciente-medicação, marcada pela problemática da não adesão e do uso irracional, que pode ser superada por meio do Cuidado Farmacêutico.

Ao perceber-se doente, os indivíduos dão início a busca pela reobtenção da saúde. Ciente desse desejo, o sistema produtivo investe em estudos e oferta inúmeros indutores de saúde, com

nomes, formatos, cores e preços variados. No imaginário do doente, o consumo conduz à saúde. Logo, o alívio para uma dor pode ser adquirido em forma de singelas cápsulas, tanto no sistema público como no privado. Portanto, basta se dirigir ao comércio mais próximo e comprá-las livremente (quando a lei permite) ou persuadir o prescritor (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2004).

Conhecer a relação e a experiência farmacoterapêutica do paciente é imprescindível para o sucesso das ações do Cuidado Farmacêutico. Portanto, é fundamental ter a perspicácia de perceber e argui-los sempre que

necessário sobre atitudes e comportamentos em relação ao uso de seus medicamentos.

*“Minha senhora, faltam vinte dias, como que acabou? Ou está tomando a mais ou emprestou para alguém ou deu para alguém. Tem paciente que já é o contrário, tipo medicamentos de pressão por exemplo aí vem, eu olho, já tem dez, quinze dias que já era para ter voltado e a pessoa não voltou ainda, as vezes até mais, vem um mês depois, aí as vezes eu pergunto [...]. Aí ele veio semana passada, não estava na hora não. A gente tenta ajudar, mas tem que ficar alerta. Vai explicar para ele e tal, que tem que marcar consulta, para pegar uma nova receita” [...] (Farmacêutica 11).*

Os pacientes têm muitíssima obsessão pela consulta médica agendada e de serem consultados, porém, no que se refere aos medicamentos, boa parte das vezes, a inquietação é tê-lo em mão, porque o uso, em si, ocorre de modo inconsequente. Ao subestimarem os riscos, se automedicam, ao passo que atribuem muito valor na resolução dos problemas, pois para eles os medicamentos são uma substância milagrosa, que pode pôr fim a todos os seus problemas de saúde. Acrescido a isso, possuem uma concepção de que a prescrição é um “vale-brinde”, que permite o acesso ao medicamento, apesar da data em que foi aviada.

*“Às vezes tem paciente que praticamente abandona, tem receitinha dele emitida lá em novembro, receita de seis meses, então ele tem seis meses, e você vê que ele pegou um mês, dois meses e fura um mês e depois volta” (Farmacêutica 8).*

*“[...] paciente quer remédio. Então a receita deixou de ser uma orientação para o tratamento. Ela é um vale remédio [...]. Ele quer a receita porque ele quer o remédio, ele não quer saber como tomar, tanto que às vezes tem a confusão, o médico escreve lá, tomar um comprimido em jejum um mês, quinze dias a pessoa volta, acabou” (Farmacêutica 9).*

O Cuidado Farmacêutico, ao contextualizar as ações de promoção do uso

racional à realidade singular de cada indivíduo, contribui para a adesão ao regime terapêutico acordado e prescrito, bem como para o uso racional do medicamento, reduzindo assim o risco de insucessos da farmacoterapia prescrita, o que poderia agravar ou gerar problemas de saúde.

*“[...] esse aqui [calendário posológico] ela vai levar amanhã cheio e traz o dela vazio, são sete dias, que ela pega por semana. Então [...] ela tem se mantido. Ela conseguiu aderir ao tratamento, tem seis meses que ela está pegando, ela está bem orientada. A família não toma conta porque ela é difícil. Então isso aqui é uma coisa que eu fiz para ela que a ajudou muito” (Farmacêutica 9).*

Fragilizados pela condição clínica, alguns indivíduos cumprem com a terapêutica medicamentosa, no intuito de mantê-la sob controle ou de ser curado. O *status* de mercadoria dado ao medicamento, por meio do sistema produtivo associado ao capitalismo, ludibria os pacientes (consumidores), que constroem expectativas por vezes inatingíveis. Todo o simbolismo que orna o medicamento contribui para a medicalização e o uso irracional, expondo o usuário ao risco de danos de saúde (LEFÈVRE, 1983). Em compensação, o paciente, ao ser inserido no serviço de clínica farmacêutica, aos poucos desconstrói essa visão distorcida, e é reeducado quanto ao uso dos medicamentos, tornando-se um usuário racional do medicamento.

### **3.2 Classe 2: A integralidade na relação multiprofissional cotidiana no NASF e a prática clínica farmacêutica**

Os discursos da classe 2 foram agrupados em torno da inserção e da prática clínica farmacêutica na equipe multidisciplinar do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). No tocante à inserção e

ao papel do profissional farmacêutico no cuidado ao paciente no NASF, é clara a percepção de que os respondentes, ao integrarem o Núcleo, constroem uma nova identidade profissional, ao passo que superam a invisibilidade e firmam parcerias. Portanto, o Núcleo oportuniza a prática clínica farmacêutica — o serviço de gerenciamento da terapia medicamentosa (GTM) —, bem como a sua sistematização.

*“[...] eu participo de reuniões da Estratégia Saúde da Família, participo das reuniões do Núcleo de Apoio à Saúde da Família [...] a gente cata os casos nas reuniões de equipe, por exemplo demanda de Agente Comunitário de Saúde, ah Fulano tem isso, vamos parar para analisar o caso dele” (Farmacêutico 12).*

*“[...] a gente vai trabalhar a promoção de saúde, quais são os temas? O Programa Saúde na Escola que é a saúde do escolar; o planejamento familiar, a saúde mental, as oficinas terapêuticas, que a gente vai trabalhar a promoção e a prevenção” (Farmacêutica 8).*

*“No Núcleo de Apoio à Saúde da Família a gente tem todo um trabalho voltado para um cuidado dos pacientes a partir das reuniões de equipe que a gente faz e participa” (Farmacêutica 10).*

O Cuidado Farmacêutico no contexto do NASF, em especial na participação nas visitas domiciliares, contribui para a interdisciplinaridade no cuidado à saúde, permitindo o conhecimento da dinâmica e do contexto familiar e social de cada paciente, assim como as suas inter-relações, com o seu comportamento. Portanto, essa participação permite ao profissional conhecer com mais afinco a história familiar e social do paciente, informações que qualificam a sua atuação. O princípio da integralidade também é operacionalizado nesse trabalho interdisciplinar, norteado pela prática coletiva, sob um coengendramento de papéis e teorias que qualificam o cuidado ofertado.

*“E a gente faz algumas visitas domiciliares quando as equipes demandam alguma coisa na área, no Núcleo de Apoio à Saúde da Família [...]” (Farmacêutico 12).*

Ao atuar no Núcleo de Apoio à Saúde da Família, o farmacêutico reencontra-se com o paciente e caminha na contramão da lógica imposta pelo sistema produtivo. O Cuidado Farmacêutico tem o seu arcabouço teórico empregado no GTM, que, por sua vez, orienta as ações, as atitudes, os valores e as responsabilidades do farmacêutico para as necessidades farmacoterapêuticas do paciente, no que se refere a promoção, proteção, recuperação e prevenção de possíveis agravos relacionados ao uso de medicamentos. Observa-se que o novo modelo de prática exige desse profissional novas competências, ao requerer um cuidado sob contexto multidisciplinar, que visa ações integradas com a equipe de saúde para a educação em saúde e a promoção do uso racional de medicamentos, por meio de atividades direcionadas ao indivíduo, à família, aos cuidadores, à comunidade, entre outros.

### **3.3 Classe 3: O contexto das políticas municipais sobre as atribuições clínicas dos farmacêuticos**

Os discursos da classe 3 estão relacionados com as políticas municipais que versam sobre as atribuições clínicas dos farmacêuticos, contemplando também os discursos sobre a formação continuada para a qualificação e o pleno exercício dessas atribuições.

Os farmacêuticos entrevistados destacaram que há uma diretriz no Plano Municipal de Saúde da Prefeitura Municipal de

Vitória, concebida pela Secretária Municipal de Saúde, que recepciona o novo modelo de prática farmacêutica, popularmente chamado de Atenção Farmacêutica (ou Cuidado Farmacêutico — termos intercambiáveis), no que se refere ao “[...] seguimento farmacoterapêutico na consulta farmacêutica e na visita domiciliar” (VITÓRIA, 2013, p. 28).

*“Existe na diretriz, não sei se você conhece, mas existe uma diretriz na prefeitura para atendimento clínico, para atuação do farmacêutico na prefeitura, lá tem tudo isso, como é a atuação, como é o acompanhamento, como é o agendamento” (Farmacêutica 1).*

No entanto, diante da fala dos farmacêuticos, é evidente o acomodamento no campo das intenções, porque embora tenha sido ofertado um curso, não foi feito um projeto viável que desse os instrumentos necessários para a implantação e a oferta de modo padronizado e sistematizado.

*“Nós fizemos até uma capacitação muito boa, há uns dois anos atrás mais ou menos, que foi quando a gente teve até o assunto Atenção Farmacêutica, gestão farmacoterapêutica, racionalização, otimização” (Farmacêutico 5).*

*“A gente fez, a prefeitura forneceu um curso de acompanhamento farmacoterapêutico eu fiz, mas não me senti capacitada para implantar aqui e não faço” (Farmacêutica 9).*

Os participantes também se detiveram em responder sobre a prescrição farmacêutica, atribuição clínica farmacêutica — ato que está introduzido no contexto do cuidado ao paciente, conforme o Art. 3º da Resolução CFF nº 586/2013. Em seus discursos, foram unânimes em afirmar que até aquele momento não havia sido concedido aos profissionais farmacêuticos da rede pública municipal de saúde o direito de exercer a referida prerrogativa.

*“Não. Porque ainda não tem nenhum aval da prefeitura. Então eu como farmacêutica da prefeitura eu não prescrevo. Não fiz especialização nessa área” (Farmacêutica 1).*

A prescrição farmacêutica eleva a responsabilidade do farmacêutico no manejo clínico dos pacientes. A prescrição não é um ato obrigatório. Em um primeiro momento, deve-se buscar consolidar e ofertar com excelência as atribuições clínicas que já estão postas, deixando a prescrição farmacêutica para só em um segundo momento, mesmo porque como pontuado em seus discursos nem todos os farmacêuticos da PMV estão devidamente habilitados, de acordo com o Art. 2º da Resolução nº 586, de 19 de agosto de 2013 (CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2013).

#### **3.4 Classe 4: Os obstáculos cotidianos e o anseio pela integralidade no Cuidado Farmacêutico**

Ao atentar para os discursos que formam a classe 4, percebe-se que estão relacionados com as limitações estruturais e suas implicações no processo de trabalho, sobretudo na integralidade no Cuidado Farmacêutico. Suas falas abrem os caminhos para uma melhor compreensão a respeito do trabalho que executam em seu dia a dia, dado que descrevem o ambiente em que se encontram quanto à área física, aos equipamentos, aos mobiliários, à conectividade, ao quantitativo de recursos humanos, entre outros. Uma pequena parte dos participantes destacou que a infraestrutura é adequada, cooperando para a oferta do serviço de modo humanizado e integral, mas ressaltaram que a realidade nem sempre é a mesma em todas as unidades.

*“[...] O espaço da farmácia é adequado, a iluminação, enquanto com relação a parte física a*

*gente não tem muito problema não. Quantidade de funcionário, meu recurso humano hoje é adequado pelo fluxo que eu tenho de paciente, eu não tenho do que reclamar do número de funcionários que eu tenho” (Farmacêutica 3).*

*“[...] a dispensação é separada com guichê, tem consultório, tem sala para almoxarifado interno, para guardar os medicamentos que a gente não coloca na prateleira, aqui sim, são as chamadas farmácias da família esse modelo novo” (Farmacêutica 1).*

O modelo de farmácia mencionado pela participante foi idealizado em 2001; pouco depois, em 2003 foi premiado pelo Ministério da Saúde, obtendo em 2004 o prêmio David Capistrano. As poucas farmácias que integraram o programa passaram a dispor de uma infraestrutura apropriada, com área física superior a 50m<sup>2</sup>, tornando o ambiente humanizado com sala de espera e sistema informatizado, além de possibilitar o atendimento em guichês ou em sala de atendimento farmacêutico (CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2004).

No Brasil, de modo gradativo as farmácias que compõem a rede pública de saúde estão adequando os espaços e os quantitativos de recursos humanos para proporcionar, tanto aos pacientes quanto aos trabalhadores do sistema, um ambiente mais acolhedor, confortável e sobretudo humanizado, com recepção, sala de espera, e locais para o atendimento privado (sala — consultório farmacêutico) ou semiprivado (guichês). A reestruturação desses espaços viabiliza a oferta de consultas farmacêuticas, a dispensação especializada e o manejo clínico dos pacientes (CORRER; OTUKI, 2013).

Contrapondo o discurso anterior, outra parcela dos farmacêuticos expôs e enumerou uma série de condições físicas e estruturais limitadoras que interferem na organização e no fluxo no

ambiente, diminuindo o contato com o paciente, uma vez que o espaço é pequeno e não há um local adequado que viabilize a prestação de serviços clínicos farmacêuticos. Ademais, atrelado a isso, o quantitativo de recursos humanos — auxiliares técnicos em farmácia e farmacêuticos — não é compatível com a demanda de atendimento, que pode chegar a mais de duzentos por dia, conjuntura que coopera para que a assistência farmacêutica municipal permaneça aprisionada aos serviços técnico-gerenciais administrativos (logística), que incluem as etapas de aquisição e distribuição – dispensação dos medicamentos, limitando a integralidade das ações.

*“A gente não tem sala do farmacêutico, tem muitos médicos para atender, não é sempre que tem um consultório vazio. Não tem almoxarifado, porque tudo é armazenado na própria farmácia, nos armários” (Farmacêutica 11).*

*“Mas a estrutura é ruim, a farmácia é pequena, não tem almoxarifado na farmácia, não tem consultório da farmácia como nas unidades novas que já tem a sala do farmacêutico” (Farmacêutica 10).*

Uma das participantes com mais anos de experiência de trabalho na PMV frisou que, depois de dezesseis anos de trabalho, é primeira vez que atuava em uma farmácia com uma infraestrutura adequada, e expos como era o local e suas condições de trabalho no passado.

*“[...] lá em X, eles chamavam de farmácia, mas a farmácia era o que? Uma sala deste tamanho, uns três metros, era a menor farmácia que eu já trabalhei na Prefeitura de Vitória. Ela cabia duas estantes assim no fundo e uma assim de lado, e tinha uma janelinha de atendimento e a gente ficava ali espremido” (Farmacêutica 9).*

A integralidade das ações demanda infraestrutura que propicie a prestação dos serviços, na medida em que inadequações podem comprometê-la (DINIZ et al., 2016). As atribuições clínicas farmacêuticas, em especial a



consulta farmacêutica exige um ambiente que ofereça o mínimo de privacidade, porque em determinadas situações o balcão ou os guichês não conferem a atmosfera de confidencialidade requerida. Portanto, os consultórios farmacêuticos, são decerto, o local mais adequado, ao passo que o paciente se sente mais desinibido (CORRER; OTUKI, 2013).

Mesmo diante do exposto, deve-se considerar que, no último trintênio, houve muitos avanços, dos quais destacam-se o estabelecimento do SUS, a promulgação da PNM, a criação da ANVISA e a publicação da PNAF, que se desdobraram em outros marcos legais que juntos têm contribuído para o aperfeiçoamento da ASF no Brasil, garantindo o acesso a medicamentos de qualidade, tal como o uso racional e a assistência terapêutica integral (PORTELA et al., 2010).

#### 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As políticas públicas de saúde do país demandam a qualificação da assistência farmacêutica para garantir a integralidade do cuidado à saúde e, nesse sentido, a prática farmacêutica tem se transformado no Brasil. Em sua atuação clínica, o farmacêutico reencontra-se com o paciente e, mesmo que de modo inconsciente, caminha na contramão da lógica imposta pelo sistema produtivo. A Atenção Farmacêutica, aqui referida como Cuidado Farmacêutico, como visto nos discursos, se “resume” na ação integrada desses participantes com a equipe de saúde, concentrando sua prática profissional no paciente, visando à proteção, à recuperação e à promoção da saúde e à prevenção de possíveis agravos. Dizemos que essa atuação

transcende a lógica produtiva, pois visa à educação em saúde e à promoção da racionalidade do uso de medicamentos e terapias não farmacológicas — complementares —, por meio da operacionalização do princípio da integralidade, presente na filosofia dos serviços da clínica farmacêutica, tais como o gerenciamento da farmacoterapia, incluindo as atividades técnico-pedagógicas direcionadas ao indivíduo, aos cuidadores, à família, à comunidade e à equipe de saúde. Os achados deste estudo demonstram que o cotidiano atual da farmácia exige um novo modelo de prática que, por sua vez, requer maior direcionamento legal em nível municipal, o desmantelamento de limitações estruturais e a qualificação desses profissionais, para obtenção de novas competências, frente à necessidade de um cuidado sob um contexto intermultidisciplinar, no qual o princípio da integralidade se fará presente ao ser operacionalizado.

#### 5. AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem a Fundação de Amparo à Pesquisa e Inovação do Espírito Santo (FAPES) e a Universidade Presbiteriana Mackenzie.

#### REFERÊNCIAS

BRASIL. **Lei nº 13.021, de 8 de agosto de 2014.** Dispõe sobre o exercício e a fiscalização das atividades farmacêuticas. **Diário Oficial da União**, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). Resolução nº 338, de 6 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica, estabelece os seus princípios. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2004. Seção 1, p. 52.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.916, de 30 de outubro de 1998. Política Nacional de Medicamentos.** Brasília, 1998.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA (Brasil). O passo longo do programa Saúde da Família de Vitória. **Revista Pharmacia Brasileira**, v. 8, n. 45, p. 12-13, nov./dez. 2004. Disponível em: <<http://www.cff.org.br/sistemas/geral/revista/pdf/77/04-farmafamilia.pdf>>. Acesso em: 05 nov. 2018.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA (Brasil). Resolução nº 586, de 29 de agosto de 2013. Regula a prescrição farmacêutica e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 26 set. 2013b, Seção 1, p. 136.

CORRER, Cassyano Januário; NOBLAT, Lúcia de Araújo Costa Beisl; CASTRO, Mauro Silveira de. **Gestão da Assistência Farmacêutica.** Florianópolis: Editora da UFSC, 2011.

CORRER, Cassyano Januário; OTUKI, Michel Fleith. Atenção Farmacêutica e a prestação de serviços farmacêuticos clínicos. In: \_\_\_\_\_ (Org.). **A prática farmacêutica na farmácia comunitária.** Porto Alegre: Artmed, 2013. cap. 10, p. 215-246.

DINIZ, Suênia Gonçalves de Medeiros et al. Avaliação do atributo integralidade na atenção à saúde da criança. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 37, n. 4, e57067, dez. 2016.

HEPLER, Charles D.; STRAND, Linda M. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. **American Journal of Hospital Pharmacy**, [S.I.], v. 47, p. 533-543, mar. 1990.  
m

LEFÈVRE, Fernando. A função simbólica dos medicamentos. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 17, n. 6, p. 500-503, dez. 1983.

LEFÈVRE, Fernando; LEFÈVRE, Ana Maria Cavalcanti. Saúde, empoderamento e triangulação. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 32-38, maio/ago. 2004.

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

VITÓRIA (Prefeitura). Secretária Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2014 – 2017.** Vitória, 2013.

---

#### **Sebastião Gonçalves de Barros Neto**

Farmacêutico, Mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local, Doutorando em Distúrbios do desenvolvimento – Universidade Presbiteriana Mackenzie. E-mail: [sebastiaoambarros@outlook.com](mailto:sebastiaoambarros@outlook.com).

---

---

#### **Luiz Henrique Borges**

Médico, Mestre em Medicina Preventiva, Doutor em Ciências da Saúde, professor adjunto da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM). E-mail: [luiz.borges@emescam.br](mailto:luiz.borges@emescam.br).

---