

Josiane Moreira da Costa

**Acesso a Terapia Medicamentosa na
Perspectiva de Pacientes e
Profissionais de Saúde**

Belo Horizonte - MG
Escola de Enfermagem da UFMG
2012

Josiane Moreira da Costa

Acesso a Terapia Medicamentosa na Perspectiva de Pacientes e Profissionais de Saúde

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Planejamento, Organização e Gestão de Serviços de Saúde e Enfermagem

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Claudia Maria de Mattos Penna

Belo Horizonte - MG
Escola de Enfermagem da UFMG
2012

Este trabalho é vinculado ao Núcleo de Pesquisa sobre Cultura, Cotidiano, Educação e Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais.



Universidade Federal de Minas Gerais

Escola de Enfermagem

Programa de Pós-Graduação

Dissertação intitulada “**Acesso a Terapia Medicamentosa na Perspectiva de Pacientes e Profissionais de Saúde em um Hospital de Ensino**”, de autoria da mestrande Josiane Moreira da Costa, a ser aprovada pela banca examinadora constituída pelas seguintes professoras:

Prof.^a Dr.^a Claudia Maria de Mattos Penna - Escola de Enfermagem da UFMG - Orientadora

Prof. Dr. Edson Perini - Faculdade de Farmácia da UFMG

Prof.^a Dr.^a Kênia Lara Silva - Escola de Enfermagem da UFMG

Prof. Dr. Francisco Carlos Félix Lana
Coordenador do Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da UFMG

Belo Horizonte, 14 de maio de 2012

Dedico esse trabalho aos
pacientes do Hospital de Ensino em estudo
e aos profissionais de saúde
que se sentem envolvidos com as causas da Saúde Pública.

Dedicatória



A Deus,
amigo e protetor maior, que me ensina sobre as riquezas do dia a dia e sobre a
preciosidade do tempo.
À minha mãe, exemplo de dignidade, amor, fortaleza, afeto, compreensão e amizade,
e ao meu pai
já ausente. O que eu tenho de melhor certamente veio de vocês!
Aos meus “irmãos coragem” Gê, Gil e Mara.
Tudo fica mais aventureiro, fraternal e interessante quando vocês estão por perto!
Obrigada pelo apoio!
Aos meus sobrinhos, Isa e Davi,
motivos de orgulho e fonte de descontração.
À professora e orientadora dra. Claudia Maria de Matos Pena,
pela orientação e conhecimentos compartilhados ao longo deste trabalho.
A todos os mestres
que participaram da minha formação profissional,
em especial aos professores Mariza dos Santos Castro e Adriano Max Moreira Reis,
que acompanharam a minha trajetória nos últimos dois anos e ofereceram apoio
quando necessário. Admiro vocês como pessoas e profissionais.
A Mariana Linhares Pereira, grande amiga e orientadora profissional.
Ter trabalhado com você representou um “divisor de águas” na minha vida profissional.
Você também é responsável por esta minha conquista.
Às amigas Fernanda Lanza, Janaína Melo, Camila Sales, Fernanda Públio, Flávia
Públio, Maria Gabrielle e Micheline Lopes.
Obrigada pela auscultação, paciência e imenso apoio dispensados a mim no decorrer
desta caminhada. Com vocês a vida se torna mais leve!
Ao Núcleo de Ensino e Pesquisa do Hospital Risoleta Neves,
em especial ao professor Henrique Gama Torres.
A todos os farmacêuticos e acadêmicos que participaram da construção da Equipe
Farmácia do Hospital Risoleta Neves nos últimos cinco anos,
em especial à farmacêutica Iaponira Chaves Emery.
Conviver com vocês tornou-se um grande aprendizado pessoal e profissional.
À farmacêutica Karla Cristina de Araújo de Almeida,
pelo companheirismo e apoio nos momentos difíceis.

Agradecimentos



À professora Dra. Renata Aline de Andrade,
pela amizade, apoio e partilhamento de projetos profissionais.

Ao companheiro de trabalho Carlos Pena,
pela dedicação, fidelidade, companheirismo, ética, partilha, esforço, e pelos momentos
de filosofia. Os anos transformaram o cotidiano do trabalho em uma bela amizade!

A Marli Inês Santana da S. Antunes, diretora administrativa do Hospital de Ensino em
estudo.

Agradeço pela convivência, apoio, ensinamentos, confiança e investimento. Os
momentos de convívio trouxeram um aprendizado imensurável.

Ao professor Dr. Ricardo Castanheira P. Figueiredo, diretor geral do Hospital de Ensino
em estudo.

Com ele aprendi que acreditar no caráter das pessoas, por mais difíceis que sejam os
momentos, é algo que vale a pena.

A Dra. Mônica Aparecida Costa, diretora assistencial do Hospital de Ensino em estudo,
e ao professor Dr. Joaquim Antônio,
pelo apoio nos momentos necessários.

Aos profissionais do Hospital de Ensino em estudo.

À Associação Mineira de Farmacêuticos,
que se faz representada na figura da Farmacêutica Maria das Dores.

Aos meus companheiros de mestrado, em especial Helen Ribeiro e Amanda Palhoni,
por compartilharem importantes momentos e oferecerem apoio nos momentos
necessários.

Às acadêmicas Pollyanne Ferraz Botelho e Karina Araújo,
por contribuírem com carinho e dedicação para o processo de coleta de dados.

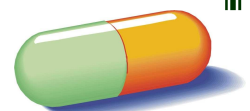
Aos integrantes do grupo de pesquisa Cultura, Cotidiano, Ensino e Saúde, em especial
Simone Mendonça Pinho,
pelo apoio e conversas em relação à temática em estudo.

Aos participantes da pesquisa,
por me concederem o acesso não somente às palavras, mas também aos sentimentos
que permeiam as suas vivências no Sistema Único de Saúde.

Aos meus alunos,
inspiração diária do meu percurso no meio acadêmico.

Aos pacientes,
motivo maior da minha prática diária como profissional da área de saúde.

Agradecimentos



O Belo foi aprender a não se saciar
da tristeza nem da alegria,
esperar um talvez de uma última gota,
pedir mais ao mel e às trevas.

Pablo Neruda

RESUMO

COSTA, J. M. da. **Acesso a Terapia Medicamentosa na Perspectiva de Pacientes e Profissionais de Saúde em um Hospital de Ensino**. 2012. 110 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2012.

Estudo de caso de abordagem qualitativa fundamentada na sociologia compreensiva com o objetivo de compreender o acesso a medicamentos nos momentos pré, intra e pós-internação hospitalar, segundo perspectivas dos usuários e profissionais de saúde de um hospital de ensino. O cenário de estudo foi um hospital de ensino geral, de grande porte e referência em trauma, urgência e emergência, localizado na região norte do município de Belo Horizonte. Os sujeitos foram sete pacientes, nove acompanhantes e 14 profissionais de saúde, em um total de 30 participantes, determinados por saturação de dados. A coleta de dados foi por meio de entrevistas a partir de um roteiro semiestruturado para cada segmento. Os dados foram submetidos à análise de conteúdo e organizados em quatro categorias: 1. Dos remédios que tomo aos que não sei: nas mãos dos profissionais de saúde; subdividida em duas subcategorias - A (in)atividade do paciente *versus* o tecnicismo profissional e A admissão e alta hospitalar como marcos na transição do cuidado; 2. A (des)continuidade da farmacoterapia; 3. Informação como estratégia de acesso aos medicamentos; 4. Acessibilidade possível. Os resultados mostram que os medicamentos ganham maior ou menor projeção nos cuidados ao paciente, além de serem uma das estratégias de atenção à saúde na hospitalização. Por isso, o acesso à farmacoterapia se torna heterogêneo, permeado de valores, relações e subjetividades, provocando sentimentos pautados no entendimento da necessidade do uso dos medicamentos, do medo da reinternação, da indisponibilidade da farmacoterapia nas Unidades de Atenção Primária à Saúde e da incapacidade de compra de medicamentos pelo usuário. Apesar de programas que ofereçam abastecimento de medicamentos, o acesso a estes nos períodos pré e pós-internação se mostra fragilizado, constituindo-se um dos fatores fortalecedores do “caminhar cíclico” do paciente na rede de cuidados. As barreiras ao acesso referentes à informação se apresentam como um tema complexo, o que envolve diferentes processos de trabalhos permeados tanto pela relação profissional-paciente como pelas interprofissionais. Entretanto, a informação é essencial para garantia do acesso à farmacoterapia, a fim de se evitarem comprometimentos de abastecimento, prescrição e disponibilidade dos medicamentos. Preparação da alta com antecedência, implantação de mecanismos de referenciamento e reconhecimento das subjetividades dos pacientes são algumas ações que contribuem para a garantia do acesso aos medicamentos. Conclui-se que a farmacoterapia é construída a partir das relações e vivências dos atores envolvidos e se revela importante tecnologia para o cuidado em todos os níveis de atenção à saúde.

Palavras-chave: Acesso aos Cuidados de Saúde. Terapia Farmacológica. Continuidade da Assistência ao Paciente.

ABSTRACT

COSTA, J. M. da. **Access to drug therapy under the perspective of patients and health professionals**. 2012. 110 f. Dissertation (Master Degree in Nursing) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2012.

Case study with qualitative approach based on comprehensive sociology aiming at understanding the access to medications during pre, intra and post-hospitalization, according to perspectives from users and health professionals of a teaching hospital. The study's scenario is a large general teaching hospital that is reference in trauma, urgent care and emergency located at the North of Belo Horizonte. Seven patients, nine companions and 14 health professionals, a total of 30 participants, were the subjects determined by data saturation. Data was collected through interviews based on a semi-structured script for each segment. The data was submitted to content analysis and organized in four categories: 1. From the medications that I take to the ones I don't know: in the hands of health professionals; subdivided into two subcategories – Patient's (in) activity vs. professional tecnicism and Hospital admission and discharge as landmarks to the caring transition; 2. (Des) continuity of drug therapy; 3. Information as medication's access strategy; 4. Possible accessibility. Results show that medications earn greater or lesser projection in the patient's care besides being one of the strategies of health care in hospitalization. Thus, access to drug therapy becomes heterogeneous and permeated by values, relations and subjectivities provoking feelings based on the understanding of the need to medication use, fear of re-hospitalization, non-availability of drug therapy in the Primary Health Care Unities and the user's inability to buy medication. Despite programs which offer medication supplies, access to them in the pre and post-hospitalization periods is fragile constituting one of the factors which strengthen the patient's 'cyclical walk' in the health care net. The access barriers regarding information present themselves as a complex issue which involves different work processes permeated by both patient-professional relationships and inter-professional ones. However, information is essential to guarantee access to drug therapy in order to avoid compromising medication supplies, prescription and availability. Early discharge preparation, referencing mechanisms' implantation and patient's subjectivities acknowledgement are some of the activities which contribute to guarantee medication access. As a conclusion, drug therapy is built from relationships and experiences lived by the actors involved and reveals itself an important technology to caring in every level of health care.

Key-words: Health Services Accessibility. Drug Therapy. Continuity of Patient Care.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1	- Perfil dos usuários participantes na pesquisa.....	37
Quadro 2	- Grau de parentesco dos acompanhantes entrevistados.....	37
Quadro 3	- Perfil dos profissionais que participaram da pesquisa.....	38

LISTA DE SIGLAS

AF	- Assistência Farmacêutica
APDS	- Atenção Primária e Domiciliar à Saúde
BC	- Bloco Cirúrgico
C	- Cuidador
CCIH	- Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
COEP	- Comitê de Ética em Pesquisa
CTI	- Centro de Tratamento Intensivo
EN	- Enfermeiro
FA	- Farmacêutico
h	- Horas
ICC	- Insuficiência Cardíaca Congestiva
ME	- Médico
OMS	- Organização Mundial da Saúde
OPPAH	- Orientação ao Paciente no Pós-Alta Hospitalar
P	- Paciente
PAD	- Programa de Atenção Domiciliar
PS	- Pronto Socorro
REMUME	- Relação Municipal de Medicamentos
RENAME	- Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
SAMU	- Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SES	- Secretaria Estadual de Saúde
SIDA	- Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
STM	- Sistema de Triagem de Manchester
SUS	- Sistema Único de Saúde
TE	- Técnico de Enfermagem
UBS	- Unidade Básica de Saúde
UFMG	- Universidade Federal de Minas Gerais
WHO	- World Health Organization

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	12
1.1	Objetivo.....	17
2	REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	18
2.1	Acesso e Assistência Farmacêutica.....	24
3	PERCURSO METODOLÓGICO.....	32
3.1	Tipo de estudo.....	33
3.2	Cenário da pesquisa.....	36
3.3	Sujeitos da pesquisa.....	36
3.4	Técnicas de coleta e análise dos dados.....	39
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	41
4.1	Dos remédios que tomo aos que não sei: nas mãos dos profissionais de saúde.....	42
4.1.1	A (in)atividade do paciente <i>versus</i> o tecnicismo profissional.....	43
4.1.2	A admissão e a alta hospitalar como marcos na transição do cuidado.....	52
4.2	A (des)continuidade da farmacoterapia.....	60
4.3	Informação como estratégia de acesso à farmacoterapia.....	70
4.4	Acessibilidade possível.....	77
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	83
	REFERÊNCIAS.....	91
	ANEXOS.....	100
	APÊNDICES.....	104

Introdução



1 INTRODUÇÃO

A Assistência Farmacêutica (AF), segundo a Resolução nº 338 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2004), é definida como uma política pública intersetorial, que visa a promoção, proteção e recuperação da saúde por meio da garantia do acesso e uso racional dos medicamentos. Essa resolução também define como AF as práticas que envolvem seleção, armazenamento, transporte, distribuição, dispensação e garantia da qualidade dos medicamentos, assim como práticas que envolvam o acompanhamento farmacoterapêutico de pacientes. “Como uma ação de saúde pública é parte integrante do sistema de saúde, a Assistência Farmacêutica é determinante para a resolubilidade da atenção e dos serviços em saúde e envolve a alocação de grandes volumes de recursos públicos” (BRASIL, 2004, p. 14).

Em relação ao acesso, a *World Health Organization*¹ (WHO, 1998) afirma que um terço da população mundial não possui acesso aos medicamentos essenciais, além de identificar as principais razões para essa causa. Segundo a organização, os obstáculos mais sérios em relação à falta desse acesso são alto custo dos produtos, problemas de infraestrutura e distribuição, considerando-se, também, os fatores culturais.

Trabalhar o acesso ao uso de medicamentos envolve não somente a disponibilidade do fármaco para o usuário, mas também a existência de uma real necessidade de uso e a simbologia dos medicamentos nas perspectivas dos diferentes atores sociais. A acessibilidade ultrapassa a mera disponibilidade de recurso em um determinado lugar e em um momento, de modo a enfocar as causas do desejo da atenção. Ademais, explora os fenômenos relacionadas à crenças relativas à saúde, confiança no sistema de atenção médica e tolerância à dor ou à incapacidade (DONABEDIAN, 1988).

Dentro desse contexto, entende-se também que garantir o acesso a medicamentos para um paciente que caminha entre os níveis de atenção à saúde na rede do Sistema Único de Saúde (SUS) deveria envolver uma maior articulação

¹ Organização Mundial da Saúde (OMS). (Tradução nossa).

entre esses níveis. Isso implicaria a garantia de abastecimento, ações educacionais voltadas para usuários e cuidadores, qualificação dos profissionais de saúde e referenciamento seguro dos pacientes aos postos de distribuição de medicamentos. Essa articulação contribuiria para a promoção da autonomia do sujeito com consequente promoção da acessibilidade em relação aos medicamentos, favorecendo a corresponsabilização em relação à sua saúde, com informações e suporte que assegurariam escolhas para seu caminhar na rede, que garantiriam melhor qualidade de vida e atos independentes de saúde, refletindo em seu modo de viver (MALTA; MERHY, 2010).

A presente pesquisa considera o conceito de acesso a medicamentos dentro das definições de acessibilidade. Isso envolve “a apreciação dos fenômenos que determinam a busca de assistência à saúde tais como: percepção sobre o corpo e a doença, crenças relativas à saúde, tolerância à dor e credibilidade nos serviços de saúde, dentre outros” (FEKETE, 1997, p. 118).

Entende-se que para a terapia medicamentosa ou farmacoterapia efetiva, independentemente da formação profissional, médicos, enfermeiros, farmacêuticos e dentistas necessitam de um processo racional de tomada de decisões clínicas para exercerem o cuidado em saúde e utilizarem a base de conhecimentos técnicos no atendimento às necessidades específicas de cada paciente (CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 2004). Conforme esses autores, no caso das práticas de cuidado farmacêutico, a base de conhecimento está focada na farmacologia e farmacoterapia. Esses conhecimentos normalmente são utilizados para identificar, prevenir e solucionar problemas relacionados ao uso de medicamentos e exercer, a partir dessa atuação, práticas de cuidado para com os pacientes. Desse modo, entende-se como farmacoterapia ou terapia medicamentosa, no presente estudo, os medicamentos utilizados por um paciente com o intuito de controlar, prevenir ou tratar um determinado problema de saúde após avaliação e indicação médica.

Atualmente, no contexto da Assistência Farmacêutica no Brasil, existem diferentes programas que respondem pela distribuição de medicamentos, projetos de orientação e acompanhamento dos tratamentos farmacológicos, com diversos profissionais envolvidos. É importante ressaltar que nem todas as prescrições realizadas dentro dos diferentes serviços do SUS contemplam somente os medicamentos dispensados gratuitamente. Ao passar por diferentes “estações” da rede de cuidado, o usuário utiliza diversos sistemas de distribuição de

medicamentos, vindo a se submeter a variadas formas de acesso a eles. Conseguir se adaptar a esse processo, muitas vezes, pode não ser uma tarefa fácil.

O caminhar de usuários pelos diferentes níveis de atenção propicia a ocorrência de possíveis mudanças em suas percepções em relação ao uso de medicamentos, ao comparar os momentos pré, durante e pós-internação hospitalar. São reconhecidamente diferentes as variadas formas de acesso aos medicamentos nas estações de cuidado. Além disso, após a mudança na prescrição de medicamentos, na pós-alta hospitalar, comparando-se ao momento pré-internação, o paciente necessita identificar diferentes componentes da dispensação (como medicamentos estratégicos, excepcionais ou da atenção básica) e se integrar com eles, uma vez que no período anterior à internação eles podem não ter sido conhecidos e utilizados pelos pacientes.

Em uma análise realizada pelos farmacêuticos de um Hospital de Ensino em relação a um Serviço de Orientação ao Paciente no Pós-Alta Hospitalar (OPPAH), identificou-se que foram orientados 63 pacientes com idade média de 53 anos e realizadas 142 intervenções farmacêuticas. Dessas, 78 ocorreram no ambiente hospitalar e 64 por meio de contato telefônico. O número médio de medicamentos prescritos por paciente foi quatro, e em relação a 40 pacientes (63,50%) foi possível identificar os medicamentos utilizados no período pré-internação. Ao comparar as prescrições nesse período com as do momento pós-alta, 95,23% apresentaram discrepâncias (COSTA *et al.*, 2010). Esse dado, associado à realização de intervenções farmacêuticas, sugere o desconhecimento dos profissionais médicos em relação à mudança nos medicamentos em uso pelos pacientes, ao compararmos os momentos pré e pós-internação hospitalar. Os dados da OPPAH são referentes ao período de janeiro de 2010 a agosto de 2010.

Dentre os principais problemas vivenciados durante a minha experiência como farmacêutica coordenadora da Farmácia de um hospital de ensino em relação ao acesso dos usuários aos medicamentos no período da internação hospitalar estão o uso de um maior número de medicamentos, quando comparado ao período pré-internação; a ocorrência de relevante número de reações adversas a medicamentos; pouca ou nenhuma participação do paciente no processo de tomada de decisão em relação à farmacoterapia e a inexistência de um profissional que se responsabilize por todos os cuidados relacionados à farmacoterapia do paciente. Em relação ao período pós-alta estão o uso de um considerável número de

medicamentos que, muitas vezes, não estão associados à resolutividade do problema de saúde; a ocorrência de mudanças nos medicamentos prescritos no momento da alta por outros que não se encontram disponíveis na rede básica de saúde; a ocorrência de efeitos indesejáveis a medicamentos, a falta de ações que proporcionem a participação do usuário no processo de tomada de decisão em relação à farmacoterapia e a inexistência de métodos educacionais formais que orientem o paciente sobre o motivo de uso e sobre o acesso seguro aos medicamentos a serem utilizados. Esses fatores provavelmente irão interferir na experiência medicamentosa do paciente, que foi construída no período pré-internação e serão essenciais para delinear novas vertentes em relação ao acesso e resolutividade da farmacoterapia após a alta hospitalar.

Verifica-se que, apesar da existência de Programas de Assistência Farmacêutica que contemplem o fornecimento e estímulo ao uso racional de medicamentos nos âmbitos da Atenção Básica, Ambulatorial e Hospitalar, não ocorre um processo de referência-contrarreferência formal do paciente em seu caminhar de um determinado nível de atenção para outro. Isso pode tornar o sistema muitas vezes falho e comprometer o acesso. É importante também ressaltar que esse caminhar, na maioria das vezes, está associado a mudanças de tipos de medicamentos em uso, forma de obtenção, administração e resolutividade dos mesmos, o que requer um processo de orientação contínua dos pacientes.

Os profissionais de saúde das instituições hospitalares possuem importante função em relação aos cuidados medicamentosos, pois eles é que fazem a escolha da farmacoterapia no período da internação, realizam o encaminhamento do paciente na rede no período pós-internação, são responsáveis pelo fornecimento de informações em relação aos medicamentos em uso e sobre a forma de acessá-los. Para isto, é necessário que eles conheçam as especificações da Assistência Farmacêutica no SUS, assim como os métodos de aquisição dos medicamentos.

A partir dessas constatações, alguns questionamentos ocorrem relacionados à falta de referenciamento do paciente no âmbito da assistência farmacêutica: como o paciente vivencia as dificuldades relacionadas ao acesso a medicamentos no momento pré e pós-internação hospitalar? A internação hospitalar modifica a experiência do paciente em relação ao acesso a medicamentos, quando comparada aos períodos pré e pós-internação hospitalar? Os profissionais de saúde percebem essas mudanças?

Nesse contexto, frente às diretrizes da Política Nacional de Assistência Farmacêutica e às questões da acessibilidade e importância do hospital para a manutenção da continuidade da terapia medicamentosa na transição de cuidado, a presente pesquisa propõe a compreensão do acesso à terapia medicamentosa nos diferentes níveis de cuidado da rede SUS. Isso feito a partir da perspectiva de pacientes e profissionais de saúde de um hospital de ensino. Espera-se que os resultados encontrados possam fornecer subsídios para a gestão em rede da farmacoterapia e para reflexões sobre a prática profissional em relação à prescrição e acessibilidade de medicamentos.

1.1 Objetivo

Compreender o acesso a medicamentos nos momentos pré, durante e pós-internação hospitalar, segundo perspectivas dos usuários e profissionais de saúde de um hospital de ensino.

Revisão bibliográfica



2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A institucionalização do alcance de acesso envolve reformulações não só na oferta dos serviços, mas nos métodos que proporcionam a formação de vínculo entre o profissional de saúde e o usuário. A partir daí, o acesso se torna uma importante ferramenta de promoção da autonomia do sujeito por meio da integralidade do cuidado.

Nessa perspectiva, o acesso vai além da conexão pura e simples ao conceito de porta de entrada; configura-se como um dispositivo transformador da realidade. Partindo da concepção de que somente se garantirá o ingresso universal do usuário no sistema de saúde através da consciência de cidadania (JESUS; ASSIS, 2010, p. 162).

Entretanto, isso requer investimentos em formação e capacitação profissional, com o objetivo de proporcionar mudança de valores nos profissionais de saúde do SUS, em implantações de novas tecnologias que fortaleçam as práticas de cuidado, na garantia de “insumos” materiais (tecnologias duras) para o trabalho, na disponibilização geográfica dos serviços e no incentivo às ações que contemplem o controle social, dentre outros.

Ao abordar a qualidade oferecida pelos serviços de saúde, Donabedian (2003) a classifica como produto da ciência da tecnologia em saúde, e da capacidade da aplicação dessa tecnologia. O autor apresenta sete tributos que caracterizam os produtos da qualidade: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade. Em relação ao termo aceitabilidade, descreve-o como constituído por: 1) acessibilidade; 2) relação profissional-paciente; 3) comodidades do cuidado; 4) preferências dos pacientes considerando efeitos, riscos e custos do cuidado; 5) entendimento do paciente por equidade. A acessibilidade é entendida como um componente crítico da aceitabilidade do cuidado.

A palavra acessibilidade vai além da mera disponibilidade de um recurso e inclui as características que facilitam ou obstaculizam a utilização de um determinado serviço pelos clientes. Essas características incluem desde aspectos sócio-organizacionais, como sexo, cor, especialização do corpo clínico e horário de funcionamento do serviço, que influenciam o reconhecimento da necessidade de atenção e a busca pela mesma, até aspectos de cunho geográfico, como distância e tempo de traslado até o serviço de saúde (DONABEDIAN, 1988).

Outro estudo discute os desafios de se obter um sistema que verdadeiramente possui a equidade como norteadora do seu funcionamento (MAZA, 2007). O autor afirma sobre a importância de se oferecer os serviços de forma “desigual”, se necessário, pois, segundo ele, em algumas situações, a igualdade pode ser precursora de inequidade. Como aspectos-chave estão a capacidade de oferecer o serviço mediante as necessidades da população, de identificar o grau de satisfação individual e social dos usuários do serviço e a incidência da oferta do serviço nos resultados políticos desejados. Recomenda-se, ainda, a igualdade de oportunidades, o monitoramento do acesso e a valorização da acessibilidade, a qual envolve o recebimento de atenção no momento em que o usuário dele necessita e a partir de suas necessidades. Desse modo, a garantia do acesso e da acessibilidade são ações precursoras para a concretização da equidade nos serviços de saúde.

Nos últimos anos, várias pesquisas têm sido realizadas com o objetivo de avaliar o acesso aos serviços de saúde. Delgado *et al.* (2008) afirmam que o acesso a serviços de saúde engloba as condições que determinam o grau de uso dos serviços no momento em que a população necessita, e isso requer que a população acesse e receba a atenção necessária.

Entretanto, ressalta-se que “acesso é um conceito complexo, muitas vezes empregado de forma imprecisa e pouco claro na sua relação com o uso de serviços de saúde. É um conceito que varia entre autores e que muda ao longo do tempo e de acordo com o contexto” (TRAVASSOS; MARTINS, 2004, p. 191).

Um estudo que contempla acessibilidade e acolhimento afirma que se deve entender o acesso para além da busca de um serviço a partir de uma necessidade pontual, como construção participativa tanto na gestão como no controle social, enquanto cidadão (LORA, 2004). O mesmo autor afirma que “as representações de usuários e planejadores sobre um serviço ser acessível ou não são diferentes e desafiam os estudos teóricos ou empíricos sobre o assunto” (p. 82).

Nascimento (2003, p. 820) corrobora com essa ideia ao afirmar que “o acesso é definido não em função de uma oferta de serviços organizada e hierarquizada, e sim pelas necessidades estabelecidas pelos usuários”.

A oferta e o oferecimento dos serviços de saúde ocorrem em um âmbito físico permeado por valores culturais e por sujeitos que possuem expectativas, valores e crenças em relação ao ato do cuidado. Travassos e Martins (2004) ainda identificam as mudanças sobre o entendimento do conceito de acesso que ocorrem com o

passar dos anos. Dentre elas estão as ideias de “acesso potencial” enquanto presença no âmbito dos indivíduos de fatores que contribuem para a utilização dos serviços: “acesso realizado”, que se refere à utilização real do serviço; acesso e resolutividade, como a capacidade destes em melhorar as condições de saúde; acesso e disponibilidade, que considera a disponibilidade do serviço a partir das necessidades dos usuários; acesso conforme disposição geográfica do serviço, e acesso e acolhimento, caracterizados pela forma como o serviço se organiza para receber o usuário. Segundo as autoras, embora as palavras acesso e acessibilidade sejam utilizadas por alguns autores com o mesmo significado, elas ressaltam que, para alguns deles, a acessibilidade envolve não somente a disponibilidade do serviço, mas o impacto que ele possui para o usuário. Elas relembram também que, nesse contexto, até mesmo os fatores que predispõem o usuário a ir ao encontro da prestação do serviço devem ser considerados.

Dessa forma, entende-se que o acesso envolve não somente ser atendido em um determinado serviço de saúde, mas conforme as necessidades específicas e recebendo a atenção necessária. Isso engloba a disponibilidade do serviço ao sujeito, o modo como é ofertado, recebido e o seu impacto na promoção da saúde. Além disso, é importante lembrar que a oferta de serviço ocorre por um sujeito que possui vivências anteriores e subjetividades em relação ao trabalho executado. Verifica-se, portanto, uma contínua troca de subjetividades entre aqueles que buscam o serviço e aqueles que são responsáveis por oferecê-lo.

É importante também ressaltar que o modelo capitalista sob o qual se está condicionado contribui para uma visão equivocada do acesso. Em um ambiente em que o poder de compra reflete a lógica do Poder, programas governamentais voltados para o oferecimento “gratuito” de serviços de saúde podem ser vistos como ações que devem ser atribuídas aos necessitados. É a partir daí que as lógicas da democracia, e do Estado como provedor de políticas públicas, são substituídas pela lógica do Estado provedor de caridade aos necessitados e pela lógica dos necessitados que não possuem direitos e, consequentemente, não possuem vontade.

Nascimento (2003) reafirma isso ao mostrar que para os participantes de um estudo o acesso aos serviços públicos de saúde ainda é visto como um direito a ser usufruído pelos “minoritários”. Além disso, a lógica capitalista da oferta e procura de bens associada à influência das empresas privadas, que comercializam os serviços

de saúde, contribuem para uma suposta “desapropriação” da unificação pública do SUS. Dessa forma, o que se vê são acessos seletivos, excludentes e focalizados complementares e justapostos, provocando um descompasso entre a legislação e a legitimidade social, segundo o autor.

Ao restringir o atendimento público a determinados serviços ou programas, a universalização da atenção se traduz em um sistema segmentado e desarticulado no âmbito interno do sistema público e na cadeia organizativa do sistema como um todo [...] A correlação de forças hegemônicas busca ganhar aliados para as estratégias que são capazes de gerar soluções corporativas que privilegiam os setores mais qualificados da classe trabalhadora, selecionando a clientela por meio de um sistema adicional de seguros privados, segmentando-as, inculcando-se inclusive nos usuários a falência do sistema público, que também é reforçado pela mídia, com manchetes que exploram somente os problemas e dificuldades e não os avanços conseguidos no processo de democratização da saúde, mesmo reconhecendo que existem muitas dificuldades a serem superadas (NASCIMENTO, 2003, p. 816-819).

A partir da discussão anterior, compreende-se a dificuldade de atingir plenitude no acesso a serviços no âmbito do SUS. Além de ser um conceito que sofreu grandes mudanças no decorrer dos anos, também abrange aspectos culturais e subjetivos dos sujeitos envolvidos, gerando um processo que se encontra em constante construção, que faz do acesso a serviços um desafio susceptível à realidade local de um determinado grupo, sem que exista uma fórmula única de garanti-lo em uma grande amplitude.

Em relação ao termo regulação do acesso,

embora os conceitos pareçam similares, há uma diferença entre os conceitos de regulação assistencial e regulação do acesso. O primeiro diz respeito a um conjunto de ações e atividades e inclui a regulação do acesso. A regulação assistencial é prerrogativa do gestor e a regulação do acesso é delegada pelo gestor ao regulador. Ao regular o acesso, com base nos protocolos clínicos, linhas de cuidado e fluxos assistenciais definidos previamente, a regulação estará exercendo também a função de orientar os processos de programação da assistência, assim como o planejamento e a implementação das ações necessárias para melhorar o acesso (BRASIL, 2007a, p. 32).

Já os indicadores utilizados para mensuração do acesso, “são tradicionais, pois, na sua maioria, não exprimem o resultado na saúde produzido pelo uso de serviços, de acordo com o sugerido pelo conceito” (TRAVASSOS; MARTINS, 2004, p. 194). Ainda segundo as autoras, as desigualdades em saúde deveriam ser analisadas em um âmbito das interindividuais, o que não está contemplado nos diversos indicadores globais que abordam a oferta em serviços de saúde.

Murray, Gakidou e Frenk (2000) observam que essa afirmação pode ser interpretada como um convite a redirecionar as pesquisas em acesso, de modo que não contemplem somente análises estatísticas sobre o oferecimento de determinados serviços. São necessários estudos que contemplem de maneira mais abrangente o grau de resolutividade de determinado serviço, a satisfação do usuário em recebê-lo, as facilidades e dificuldades existentes em determinados grupos sociais para alcançá-lo.

A garantia do acesso envolve as experiências e os valores construídos entre usuários e profissionais de saúde participantes de um determinado serviço, o que influenciará na satisfação dos usuários. É importante ressaltar que essa experiência é cumulativa e envolve tanto vivências prévias como influências culturais trazidas por cada um dos sujeitos.

Entende-se que a satisfação em relação ao acesso a determinado serviço de saúde influenciará os contatos posteriores que o usuário terá com o mesmo serviço. Pode-se considerar, então, que as perspectivas de um determinado sujeito em relação a um atendimento médico, por exemplo, são organizadas a partir de experiências prévias vivenciadas por ele nos serviços de saúde e por determinações socioculturais.

Maza (2007) sugere o incentivo à realização de investigações sobre acessibilidade pelos próprios serviços de saúde com o objetivo de otimizar a implantação de métodos, procedimentos e técnicas que contribuam para a satisfação do usuário dos serviços de saúde. Confirma-se, desse modo, que, embora as ações que contemplem a regulação do acesso sejam decisões que ocorram no âmbito dos gestores, as execuções das mesmas ficam a cargo dos reguladores. Isso reforça a ideia de que o envolvimento dos trabalhadores da saúde na oferta dos serviços assim como o entendimento dos mesmos sobre acesso/acessibilidade, resolutividade e equidade são essenciais para o fortalecimento dessas características no SUS.

O padrão de utilização de um determinado serviço de saúde pode se apresentar variável por indivíduos com as mesmas necessidades, o que está associado à escolha por utilizar ou não um determinado serviço. Entretanto, para que haja indivíduos capazes de realizarem escolhas, é necessário que sejam pessoas conscientes e que estejam habilitados a escolher (THIEDE; MCINTYRE, 2008). Para o alcance da autonomia dos usuários, Campos (1992, p. 85) convida a

“reconstruir, destruir, desconstruir toda uma infinita lógica de micropoderes normalizadores, que produzem o conformismo com a miséria, com a violência, com o autoritarismo, como modelo vigente de apropriação e distribuição da riqueza”. O que o autor propõe é uma nova lógica de reconstrução do SUS, em que os interesses e as influências capitalistas e subordinação e passividade social não sejam tão marcantes.

Ao considerar a ausência de consenso na literatura em relação à definição de acesso e acessibilidade, no presente estudo essas palavras serão utilizadas como tendo o mesmo significado. Desse modo, entende-se que compreender e analisar o acesso estão além de quantificar a oferta de determinado serviço. Isso envolve uma percepção do contexto socioeconômico e cultural em que o serviço é ofertado, além de permanecer com o “enfoque” principal nas relações estabelecidas entre usuário-profissional de saúde, usuário-serviço, usuário-percepção de saúde e usuário-percepção de doença.

2.1 Acesso e Assistência Farmacêutica

Ao analisar o acesso no âmbito da Assistência Farmacêutica, identifica-se que esse é um dos principais enfoques dos órgãos governamentais. Segundo a OMS, apesar das mudanças presenciadas em relação à maior disponibilidade de medicamentos, ainda nos últimos anos, as injustiças em termos de acesso aos medicamentos essenciais, sua qualidade e uso racional continuam existentes em muitas partes do mundo (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2000; WHO, 2004a, 2011). Um estudo promovido por essa mesma organização, que contempla o acesso aos cuidados em saúde pelos portadores da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (SIDA), revela a estimativa de que cerca de 50% das mulheres grávidas portadoras de SIDA recebem medicamentos antirretrovirais para reduzir o risco de transmissão aos filhos (PEREHUDOFF; LAING; HOGERZEIL, 2010). Esse estudo ainda revela que 91% das mulheres grávidas na África necessitam desses medicamentos.

Dados mundiais relatam que cerca de um a dois bilhões de pessoas não possuem acesso aos medicamentos essenciais de que necessitam. Na Índia, por exemplo, 50 a 65% da população não possui acesso regular aos medicamentos

essenciais. A maioria dos problemas de saúde comuns a toda população poderia ser tratada com um pequeno número de medicamentos selecionados (WHO, 2004b).

Em relação aos medicamentos considerados essenciais, esses são considerados como

aqueles que satisfazem a cuidados de saúde às necessidades prioritárias da população. Eles são selecionados com respeito à relevância para a saúde do público, evidências sobre eficácia e segurança e comparação de custo-efetividade. Medicamentos essenciais destinam a estar disponíveis dentro do contexto de funcionamento do sistema de saúde em quantidades adequadas, formas de dosagem, qualidade e segurança adequadas e a um preço em que as comunidades possam pagar (WHO, 2004b, p. 1).

A seleção de drogas estratégicas baseada em evidências aponta uma tarefa que leva em conta as necessidades de doenças primárias da população, o que normalmente contrasta com a crença, promovida pelo mercado aos profissionais de saúde e ao restante da sociedade, de que o novo e o caro normalmente é o melhor (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 2009).

Ainda segundo a Organización Mundial de la Salud (2000), o acesso a medicamentos essenciais envolve a obtenção desses conforme uma distância geograficamente acessível e sob condições economicamente acessíveis. Essa mesma organização ainda adverte que, mesmo quando o acesso é assegurado, ainda existem os obstáculos do seu uso irracional.

As primeiras ações relacionadas ao acesso aos serviços básicos de saúde promovidas pela OMS ocorreram por volta de 1970, por meio dos conceitos de medicamentos essenciais e cuidados primários em saúde. O primeiro modelo de lista de medicamentos essenciais foi proposto em 1977, precedendo a Declaração de Alma-Ata, em 1978 (PEREHUDOFF; LAING; HOGERZEIL, 2010).

Estudos evidenciam que os profissionais de saúde, ao serem analisados individualmente, utilizam rotineiramente menos de 50 medicamentos diferentes. Como a lista de medicamentos essenciais da OMS possui cerca de 300 princípios ativos diferentes, capacitação, informação e conhecimento poderiam contribuir para a ampliação do acesso aos medicamentos essenciais (WHO, 2004a).

Existe também uma correlação entre o nível de renda de um país e o *status* da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME). “Menos de 10% dos países com média e baixa renda não haviam estabelecido a RENAME no ano de 1999, comparados com mais de 2/3 dos países de alta renda que já haviam estabelecido a RENAME” (WHO, 2004b, p. 66).

Outro fator fortalecedor do direito ao acesso a medicamentos essenciais é o entendimento de que esse acesso está em consonância com a Lei Universal dos Direitos Humanos. Ter direito aos medicamentos essenciais em muitas situações está correlacionado ao direito à vida (HOGERZEIL, 2006; PEREHUDOFF; LAING; HOGERZEIL, 2010).

Entretanto, o fato de que o Estado tem um importante compromisso no fornecimento de medicamentos não está associado à aquisição e distribuição de medicamentos de forma desarticulada. Paralelamente à necessidade de medicamentos essenciais pela maior parte da população, estão os interesses capitalistas das indústrias farmacêuticas que visam à obtenção do lucro, e a dependência dos órgãos governamentais em relação a essas indústrias para que elas fabriquem os medicamentos considerados essenciais.

Atuar na regulação do acesso aos medicamentos envolve se contrapor aos interesses da indústria farmacêutica. Com o objetivo de fortalecer e propiciar esse acesso, além de incentivar a adoção da RENAME, a OMS tem adotado ações normativas no que tange à indústria farmacêutica. Exemplos dessas ações são a política de pré-qualificação de fornecedores de insumos farmacêuticos, o estabelecimento de estratégia de divulgação sobre os preços de medicamentos e a participação na regulação das patentes prioritárias, como aquelas relacionadas aos medicamentos para o vírus da SIDA, tuberculose e malária (HOGERZEIL, 2006). Como desafios futuros, a OMS expressa um compromisso global para garantir que o acesso a medicamentos essenciais seja alcançado por meio de preços acessíveis até 2015 (WHO, 2011).

Garantir o acesso a medicamentos por meio da regulação dos preços é considerado uma dentre as diversas ações a serem realizadas pelos órgãos governamentais. Aliada ao aumento da disponibilidade, são importantes caminhos para propiciar a equidade no acesso a medicamentos.

O princípio da equidade reconhece que os indivíduos são diferentes e que tratamentos iguais nem sempre são equitativos. Portanto, estratos sociais mais desfavorecidos necessitam de maior atenção das políticas públicas para a garantia de acesso aos medicamentos (AZIZ *et al.*, 2011, p. 1949).

Dados que condizem com a inexistência de equidade em nível mundial em relação ao acesso a medicamentos informam que 16% da população mundial vive em países de alta renda que apresentam despesas globais com medicamentos

acima de 78% (WHO, 2011). Essa afirmação contradiz a ideia de que os medicamentos devem ter preços acessíveis para todos, inclusive para aqueles grupos mais empobrecidos da sociedade (HUNT; KHOSLA, 2008; WHO, 2004b).

Um estudo cubano enfatiza que, em um contexto de globalização, as grandes empresas transnacionais impõem o neoliberalismo como modelo econômico hegemônico, cuja essência é excludente (MOREIRA *et al.*, 2007). Acerca da situação mundial, os autores afirmam que um grupo de nações dispõe de mais de 80% dos recursos econômicos e que somente com a solidariedade, a unidade e a promoção do diálogo é possível a sobrevivência do gênero humano. Ainda nesse estudo é discutida a necessidade de uma nova ordem econômica internacional com justiça distributiva para impulsionar o desenvolvimento da saúde pública e, em especial, o acesso a medicamentos para a maioria.

Considera-se como “as áreas de grande presença do capital no setor saúde: os planos privados de saúde e as indústrias farmacêuticas e de equipamentos médico-hospitalares” (ALBUQUERQUE; GIFFIN, 2009, p. 529). Entende-se que contribuir para a existência de medicamentos com preços acessíveis, apesar de ser apenas um dos caminhos a serem tomados pelo Estado, requer um grande investimento. O Estado deve não somente se posicionar em relação às indústrias farmacêuticas, mas também rever o seu próprio sistema tributário, que envolve a arrecadação de impostos por meio da comercialização de produtos farmacêuticos (HUNT; KHOSLA, 2008). Entretanto, com o poder e a lógica de mercado da indústria farmacêutica, ela ainda dita o preço dos medicamentos e assegura os direitos de propriedade intelectual (LAGE, 2011).

O reconhecimento constitucional do direito ao acesso a medicamentos essenciais é um sinal importante dos valores nacionais, mas não é uma garantia para que ocorra. Isso pode ser visto em países que, apesar de boa linguagem constitucional, não conseguem proporcionar esse acesso (PEREHUDOFF; LAING; HOGERZEIL, 2010). Por outro lado, o reconhecimento político em relação a esse problema pode ser um bom caminho para a regularização desse procedimento em um determinado país, visto que esse assunto pode apontar falhas nas políticas públicas (WHO, 2004b).

Apesar de um considerável avanço em relação ao acesso a medicamentos, esse ainda continua a ser considerado um dos mais importantes problemas globais de saúde pública (WHO, 2004b). A discussão sobre o acesso a medicamentos está

permeada pelo desabastecimento nos postos de distribuição, pela dificuldade do sujeito em buscar o produto, pelo não entendimento da sua necessidade de utilizá-lo, pelo abandono do tratamento devido à ocorrência de reações adversas; e demais influências socioculturais. É proposta da OMS ajudar a salvar vidas e melhorar a saúde por meio do preenchimento do enorme vazio existente entre o potencial que os medicamentos essenciais podem oferecer e a realidade vivenciada por milhares de pessoas: o medicamento é algo impossível de se obter ou é utilizado incorretamente (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2000).

Assim como no contexto mundial, a garantia da acessibilidade da população brasileira aos fármacos essenciais requer um planejamento por parte do Estado e implantações de ações voltadas para a regulação da aquisição e a distribuição de medicamentos. “Também são necessárias ações regulatórias que propiciem a disponibilização de medicamentos a preços razoáveis, o que torna necessária a existência de uma política de Assistência Farmacêutica atuante” (PEPE; CASTRO; LUIZA, 2008, p. 321).

Segundo a Política Nacional de Medicamentos, Assistência Farmacêutica é definida como um grupo de atividades que envolvem o abastecimento em todas e em cada uma de suas etapas constitutivas, a conservação e o controle de qualidade, a segurança e a eficácia terapêutica, o acompanhamento e a avaliação da utilização, a educação permanente dos profissionais de saúde, do paciente e da comunidade para assegurar o uso racional de medicamentos (BRASIL, 2001). Desse forma, tem-se a assistência farmacêutica como a norteadora dos mecanismos de acesso a medicamentos no Brasil.

No Brasil, o financiamento do acesso a medicamentos na Rede SUS é de responsabilidade das três esferas de governo e ocorre por meio de três componentes básicos:

Componente Básico da Assistência Farmacêutica, que se destina à aquisição de medicamentos e insumos de Assistência Farmacêutica no âmbito da atenção básica em saúde, Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica: que compreende o controle de endemias, tais como a tuberculose, hanseníase, leishmaniose e outras doenças endêmicas de abrangência nacional ou regional; assim como antirretrovirais, Sangue e Hemoderivados e Imunobiológicos; Componente Medicamentoso de Dispensação Excepcional, que envolve o

financiamento do Programa de medicamentos de dispensação excepcional (BRASIL, 2011).

Como marcos na política de acesso a medicamentos no Brasil, têm-se a criação do Fórum de Competitividade da Cadeia Produtiva Farmacêutica (FCCPF) - que ocorreu em 2003 e trouxe como propostas de destaque os Programas Farmácia Popular I e II; Programa de Apoio ao Desenvolvimento da Cadeia Produtiva Farmacêutica (PROFARMA) - e alguns procedimentos adotados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) na área de fármacos e medicamentos (MOYSÉS JÚNIOR; LEAL; FARIAS, 2008).

A política de medicamentos genéricos é considerada pela OMS como uma das ações-chave de promoção do acesso a serem adotadas pelos órgãos governamentais (WHO, 2004a). No Brasil, a lei dos genéricos também é considerada como importante ação na história do acesso, pois obriga que na bula dos medicamentos e nas prescrições médicas, no âmbito do SUS, conste a denominação do princípio ativo, além da recomendação por parte de quem vende da opção pelos medicamentos genéricos. Do ponto de vista da política industrial, o impacto da política de genéricos foi positivo, tendo contribuído para a promoção da competitividade das empresas brasileiras e consequente aquisição de produtos a um menor preço (QUENTAL *et al.*, 2008).

Apesar dos avanços, os métodos e as exigências para a dispensação dos medicamentos são variáveis de acordo com o programa, o que pode se tornar um fator dificultador ao acesso para pacientes que participam de um determinado componente e se iniciam em outro. Essas variações também podem ser vistas como dificultadoras pelo profissional de saúde, que talvez não esteja informado sobre a documentação necessária e o local de dispensação de medicamentos, ao encaminhar o paciente para uma outra estação de cuidado. Além disso, desafios relacionados à indisponibilidade dos medicamentos na rede pública de saúde ainda são considerados rotineiros.

Por um lado, a Assistência Farmacêutica legal consolidada e estruturada pelas respectivas leis e portarias, e que de certa forma norteia e contribui para uma melhor organização da Assistência Farmacêutica nos municípios. Por outro lado, visualiza-se a Assistência Farmacêutica real, atravessada por vários problemas de ordem organizacional e financeira que comprometem o acesso dos usuários aos medicamentos necessários para a sua terapêutica (OLIVEIRA; ASSIS; BARBONI, 2010, p. 3566).

Sevalho (2003, p. 4) afirma que

para adequar o consumo e a produção crescente de tecnologias, a sociedade contemporânea necessita encurtar cada vez mais a temporalidade das ações, eliminando a durabilidade dos bens e tornando-se rapidamente substituíveis. O medicamento moderno é parte dessa sociedade que, por meio de significados simbólicos, também produz necessidades de consumo que devem incorporar os bens que são produzidos em escala crescente.

Por trás de uma lógica do capital, no âmbito da saúde ainda prevalece a “saúde-mercadoria”, em que, muitas vezes, ocorre uma mera prestação de serviço voltada para a venda, e em que o compromisso ético em cuidar se perde diante de diversos interesses. Dentre esses, estão a pressão propagandística das indústrias farmacêuticas e de equipamentos médicos, a insuficiência do governo em propiciar o acesso universal à saúde, o interesse de alguns pacientes em procurar os serviços de saúde à espera de um “produto” muitas vezes comercializável e a dificuldade de algumas categorias profissionais de se inserirem nos serviços como algo e/ou alguém que seja um pouco mais do que o “vendedor de cuidados”.

Barros (2011, p. 2625) corrobora com Sevalho (2003) ao afirmar que o medicamento se apresenta como mercadoria e também como símbolo, o que o torna “constituído de duas funções indissociáveis, principalmente quando se leva em consideração o processo de medicalização vivenciado por essa sociedade”.

Ao transitar na rede de cuidados o paciente se relaciona com profissionais que possuem diferentes valores e com serviços que disponibilizam diferentes tecnologias. Entende-se que o acesso a medicamentos sofre influência desses diferentes atores e ambientes, o que propicia o seu oferecimento de diferentes formas a um mesmo paciente. Watcher (2010) afirma que os principais erros que envolvem a transferência ocorrem quando um paciente se move de lugar para lugar, dentro de um sistema de saúde, e quando um paciente é atendido por diversos profissionais em um mesmo local.

Em relação ao atendimento hospitalar, devido à existência da polifarmácia, complexidade clínica dos pacientes atendidos e considerável número de intervenções realizadas por diferentes profissionais de saúde em um mesmo paciente, considera-se que esse é um nível de cuidado que pode causar importantes modificações no acesso a medicamentos pelos pacientes.

Muitas vezes, os processos de referência e contrarreferência não ocorrem como preconizado pelo SUS, o que contribui para erros na farmacoterapia dos

pacientes no momento pós-alta hospitalar. Isso pode ocasionar reações adversas não identificadas, problemas de saúde temporariamente não tratados e não adesão ao uso de medicamentos pelo paciente, dentre outros. Esses fatores podem gerar um aumento no número de "reinternações" e maior necessidade de procura pelos serviços de saúde. Falhas no referenciamento também contribuem para que problemas de saúde tratados no período pré-internação possam não ser imediatamente identificados no momento da internação, o que pode gerar a ocorrência de problemas de saúde não tratados e a piora no estado clínico dos pacientes. Além disso, ressalta-se que a forma de aquisição dos medicamentos, o motivo que leva o paciente a procurar pelo serviço e, conseqüentemente, pela farmacoterapia, o tipo de produto disponível, a relação profissional-paciente e a capacitação técnica dos profissionais ocorrem de diferentes formas quando comparamos os diferentes níveis de cuidado. Todos esses fatores influenciam o processo de acesso aos medicamentos por parte dos pacientes.

Em relação às relações estabelecidas entre profissionais de saúde e usuários,

quando um trabalhador de saúde se encontra com um usuário, no interior de um processo de trabalho, em particular clinicamente dirigido para a produção dos atos de cuidar, estabelece-se entre eles um espaço interseção que sempre existirá nos seus encontros, mas só nos seus encontros, e em ato (MERHY, 2002, p. 57).

Isso demonstra a criação de um "elo" entre o profissional de saúde e o usuário. Seria a oferta do trabalho "vivo em ato", em todos os níveis de atenção. "É fundamental, na análise dos processos de trabalho, descobrir o tipo de interseção que se constitui e os distintos motivos que operam em seu interior" (MERHY, 2002, p. 57).

Ao entender a importância do hospital no processo de modificação do acesso aos medicamentos não somente durante o atendimento dos pacientes nesse nível de cuidado, mas, também, no período pós-alta hospitalar, e associá-la à importância das condutas profissionais em relação à farmacoterapia nesse nível de cuidado, considera-se importante compreender o acesso ou acessibilidade a medicamentos nos períodos pré, pós e durante a internação segundo as perspectivas de profissionais de saúde e pacientes de um hospital de ensino.

Percurso metodológico



3 PERCURSO METODOLÓGICO

3.1 Tipo de estudo

Para a compreensão do acesso à terapia medicamentosa na perspectiva de profissionais de saúde e pacientes, optou-se pela realização de um estudo de caso de natureza qualitativa, tendo-se como referencial teórico a sociologia compreensiva.

A pesquisa qualitativa requer capacidade de identificação e coleta de dados de maneira científica a partir dos significados e vivências das pessoas, além de análise e interpretação dos fenômenos que ocorrem com um determinado grupo de pessoas e influenciam as perspectivas e compreensões dos sujeitos em relação a um determinado objeto de pesquisa.

Dessa forma, ela

implica uma ênfase sobre as qualidades das entidades e sobre os processos e os significados que não são examinados ou medidos experimentalmente (se é que são medidos de alguma forma) em termos de quantidade, volume, intensidade ou frequência (DENZIN; LINCOLN, 2006, p. 23).

Chizzotti (2003, p. 221) afirma que

o termo qualitativo implica uma partilha densa com pessoas, fatos e locais que constituem objetos de pesquisa, para extrair desse convívio os significados visíveis e latentes que somente são perceptíveis a uma atenção sensível e, após esse tirocínio, o autor interpreta e traduz em um texto, zelosamente escrito, com perspicácia e competência científicas, os significados patentes ou ocultos do seu objeto de pesquisa.

Isso demonstra que, para trabalhar com pesquisa qualitativa, é necessário técnica e aprofundamento sobre o assunto. Entender o outro por meio de técnicas científicas não é simples, e isso requer rigor e uma análise exaustiva dos dados de pesquisa.

Dessa forma, entende-se que pesquisa qualitativa é:

um conjunto de práticas materiais e interpretativas que dão visibilidade ao mundo. Essas práticas transformam o mundo em uma série de interpretações, incluindo as notas de campo, as entrevistas, as conversas, as fotografias, as gravações e os lembretes (DENZIN; LINCOLN, 2006, p. 17).

Em relação ao estudo de caso, a sua escolha não se dá pelo método de pesquisa e sim pela escolha do objeto que será pesquisado. A sua realização é indicada quando se propõe aprofundar o conhecimento de fenômenos novos de

natureza multideterminada, o que permite uma estreita relação entre o pesquisador e o objeto de pesquisa (QUIMELLI, 2009).

Esta técnica vem sendo utilizada de forma extensiva em pesquisas das ciências sociais e apresenta-se como estratégia adequada quando se trata de questões nas quais estão presentes fenômenos inseridos em contextos da vida real e podem ser complementados por outras investigações de caráter exploratório e descritivo. Pode ser utilizado como estratégia de pesquisa nos estudos organizacionais e gerenciais, contribuindo, de forma inigualável, para a compreensão de fenômenos complexos, nos níveis individuais, organizacionais, sociais e políticos, e permitindo a preservação das características significativas dos eventos da vida real (YIN, 2000).

Segundo Chizzotti (2010, p. 81), “a delimitação deve precisar os aspectos e os limites do trabalho a fim de reunir informações sobre um campo específico e fazer análises sobre objetos definidos a partir dos quais se possa compreender uma determinada situação”.

Como vantagens, o estudo de caso admite o senso de completude sobre o objeto de pesquisa, permite que as interpretações do pesquisador sejam submetidas a discussões e integrações, assim como organizar as provas, juntamente com as contradições, além de ser considerado um interessante material de pesquisa. Como limitações, ele normalmente não aceita generalizações dos dados, as evidências dos dados podem não ser claramente identificadas, dentre outros. A principal utilidade dos estudos de caso consiste na compreensão de como os sujeitos trabalham o tema investigado na prática, e como esse tema influencia as suas vivências cotidianas (QUIMELLI, 2009).

Minayo (2007) também especifica como vantagens, a compreensão de estruturas e esquemas que possam estar relacionados a determinado fenômeno, a necessidade de esclarecer os fatores que possam interferir em determinados processos sociais, e, em alguns casos, apresentar modelos de estudo replicáveis.

Entende-se, desse modo, que esta é a melhor técnica para a pesquisa proposta, ao considerar a atuação do pesquisador em um ambiente específico e a sua proposta em melhor compreender a ocorrência de possíveis fenômenos relacionados ao acesso e os principais fatores interferentes nesse processo.

Em relação à abordagem compreensiva, essa possui como princípio o convite para se compreender determinados fenômenos sociais, por meio do entendimento do vivido individualmente.

Ao entender as relações individuais, é possível “projetá-las” em determinados fenômenos sociais e melhor compreender a ocorrência dos mesmos. É nesse contexto que se verifica a influência do sujeito sobre a sociedade e se aprende a desenvolver um novo olhar sobre o local e a reinterpretar o todo.

Constituem elementos comuns às abordagens compreensivas:

(a) a experiência vivencial e o reconhecimento de que as realidades humanas são complexas, (b) o contato com as pessoas se realiza nos seus próprios contextos sociais, (c) a relação entre o investigador e os sujeitos investigados enfatiza o encontro intersubjetivo, face a face e a empatia entre ambos; (d) os resultados buscam explicitar a racionalidade dos contextos e a lógica interna dos diversos atores e grupos que estão sendo estudados; (e) os textos provenientes de análises compreensivas apresentam a realidade de forma dinâmica e evidenciam o ponto de vista dos vários atores ante um projeto social sempre em construção e em projeção para o futuro; (f) suas conclusões não são universalizáveis, embora a compreensão de contextos peculiares permita inferências mais abrangentes que a análise das microrrealidades e comparações (MINAYO, 2007, p. 100).

“Dentro da teoria compreensiva, também se entende que a aceitação do dado social só é possível porque esse se apresenta de maneira plural e, portanto, potencialmente rica de imensas possibilidades” (MAFFESOLI, 1984, p. 26).

O que se propõe é o entendimento das vivências de diferentes atores em relação a um determinado fenômeno denominado acesso à farmacoterapia. A interpretação de cada vivência considera as complexas relações sociais, em que “cada coisa é apenas um sintoma de uma outra coisa, e uma sociologia compreensiva que descreve o vivido naquilo que é” (MAFFESOLI, 1988, p. 25).

Desse modo, entende-se que o estudo de caso de abordagem qualitativa, tendo como teoria fundamentadora a sociologia compreensiva, é considerado um método adequado para a realização da presente pesquisa.

Considera-se também importante relatar que essa proposta é um subprojeto do projeto de pesquisa intitulado “Acesso *versus* resolutividade: a perspectiva de quem busca e de quem oferta atenção à saúde”, idealizado e coordenado pela professora Dra. Claudia Maria de Mattos Penna, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais.

3.2 Cenário da pesquisa

O cenário da pesquisa é um Hospital Geral de Ensino localizado na região norte de Belo Horizonte. Esse hospital foi inaugurado em setembro do ano de 1998, tendo como gestora a Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG). Em julho de 2006, mediante um novo Contrato de Gestão, passou a ter como gestoras a Fundação de Desenvolvimento em Pesquisa (Fundep), a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e a Secretaria Estadual de Saúde (SES) de Minas Gerais. Posteriormente, a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) foi inserida nesse convênio, encerrado em dezembro de 2011. Em 2012, ocorreu o término do convênio de gestão com a SES e a municipalização do hospital, que passou a ter a Prefeitura Municipal de Belo Horizonte como gestora plena.

O Hospital de Ensino em estudo atualmente possui cerca de 320 leitos subdivididos em Bloco Cirúrgico (BC), Centro de Tratamento Intensivo (CTI), Maternidade, Clínicas Médica (CM) e Cirúrgica (CC). A dispensação de medicamentos ocorre por meio de registro em sistema de gestão informatizado, que permite o rastreamento por código de barras e a elaboração de prescrição eletrônica.

3.3 Sujeitos da pesquisa

Os sujeitos foram nove pacientes e 14 profissionais de saúde diretamente envolvidos com os cuidados farmacológicos dos pacientes de forma direta, convidados em seu setor de trabalho. A entrevista aos acompanhantes ocorreu quando se constataram dificuldades cognitivas que impediam a realização da entrevista com os pacientes e quando os cuidadores se prontificaram a participar espontaneamente. Foi entrevistado um total de sete cuidadores. Dessa forma, a amostragem por conveniência e determinada por saturação de dados foi composta com 30 participantes.

Em relação ao participante paciente, os critérios de inclusão foram ter doença crônica em uso de medicação contínua, ser atendido por equipe de Saúde da Família no período pré-hospitalar, ter sido hospitalizado e recebido alta hospitalar com prescrição medicamentosa (QUADRO 1). Realizou-se entrevistas com 10

pacientes, sendo que uma foi descartada devido ao não preenchimento dos critérios de escolha pelo paciente.

QUADRO 1
Perfil dos usuários participantes na pesquisa

Nº usuário	Idade	Motivo da internação	Cidade de origem	Tempo médio de internação
1	70	Suspeita de hiperplasia nodular prostática	Belo Horizonte	19 dias
2	80	Fratura basocervical	Belo Horizonte	14 dias
3	78	ICC	Belo Horizonte	19 dias
4	61	AVE	Ribeirão das Neves	10 dias
5	75	Fibrilação atrial	Belo Horizonte	10 dias
6	72	Trombose Venosa Profunda	Santa Luzia	5 dias
7	70	AVE	Belo Horizonte	16 dias
8	73	ICC	Belo Horizonte	5 dias
9	76	Suspeita de Miocardiopatia dilatada e ou Hemorragia Digestiva Alta	Belo Horizonte	3 dias

Nota: ICC - Insuficiência Cardíaca Congestiva; AVE - Acidente Vascular Encefálico.

Quanto ao acompanhante, deveria ser o cuidador - responsável pelo paciente nas condições descritas (QUADRO 2).

QUADRO 2
Grau de parentesco dos acompanhantes entrevistados

Nº acompanhante	Grau de parentesco
1	Esposa
2	Filha
3	Filha
4	Filho
5	Filha
6	Esposa
7	Nenhum*

Nota: *Profissional contratado.

Quanto aos profissionais de saúde, participaram médicos, farmacêuticos, enfermeiros e técnicos em enfermagem, convidados de acordo com os seguintes

critérios de inclusão: possuir vínculo institucional por um período superior a três meses, ou seja, já ter cumprido o período de experiência empregatício, o que requer um mínimo de contato com as funções a serem desempenhadas e ter atendido algum dos pacientes participantes.

Inicialmente, foi identificado para participar da pesquisa pelo menos um profissional de cada categoria que tivesse prestado cuidados diretos aos pacientes, considerando o profissional médico que respondia pelos cuidados diários do paciente; enfermeiro e técnico em enfermagem, do plantão dia, com maior tempo de casa; e o farmacêutico que atendeu cada paciente. Determinaram-se, após a saturação, três enfermeiros, quatro farmacêuticos, quatro médicos e três técnicos em enfermagem (QUADRO 3).

QUADRO 3
Perfil dos profissionais que participaram da pesquisa

Nº profissional	Profissão	Tempo de trabalho no Hospital	Sexo
1	Enfermeiro	5 anos	Masculino
2	Farmacêutica	1 ano	Feminino
3	Enfermeira	1 ano	Feminino
4	Residente de Farmácia	7 meses	Feminino
5	Técnico em Enfermagem	4 anos	Masculino
6	Enfermeira	2 anos	Feminino
7	Farmacêutica	1,5 ano	Feminino
8	Farmacêutica	1 ano	Feminino
9	Técnica em Enfermagem	8 meses	Feminino
10	Médico	5 anos	Masculino
11	Médica	5 anos	Feminino
12	Médico	5 anos	Masculino
13	Médica	5 anos	Feminino
14	Técnica em Enfermagem	5 anos	Feminino

Todos os participantes foram identificados por meio do prontuário eletrônico. Os pacientes foram convidados a participar da pesquisa quando receberam a alta hospitalar ou quando realizaram o primeiro retorno no ambulatório de anticoagulação do hospital. Os profissionais foram convidados a participar em seu setor de trabalho, e as entrevistas foram realizadas nos horários de descanso ou em horários fora do expediente. Todas elas dentro da instituição.

Os participantes, ao serem contatados, recebiam informações sobre a pesquisa. Os que aceitaram assinaram termo de consentimento livre e esclarecido (ANEXO A e B), com a segurança de que o seu anonimato seria mantido e as informações utilizadas para fins desta pesquisa. Consentiram na gravação das entrevistas.

Vale ressaltar que o projeto foi submetido à avaliação do Núcleo de Ensino e Pesquisa (NEP) do Hospital em estudo (ANEXO C) e ao Comitê de Ética em Pesquisa (COEP) da UFMG (ANEXO D).

3.4 Técnicas de coleta e análise dos dados

Como técnica de coleta de dados, optou-se por entrevistas com roteiro semiestruturado. Foram elaborados dois roteiros diferentes, um para os profissionais e outro para os pacientes e cuidadores. Quanto aos usuários, o roteiro consistiu nas seguintes perguntas relacionadas aos conhecimentos sobre os medicamentos utilizados nos diferentes níveis de cuidado, à forma de aquisição dos medicamentos e ao recebimento de orientações sobre uso e formas de aquisição (APÊNDICE A). Quanto aos profissionais, foram feitas perguntas relacionadas à percepção sobre a terapia medicamentosa desde a internação até alta hospitalar, preparação da alta hospitalar e o processo de orientação ao paciente (APÊNDICE B).

Todas as entrevistas foram gravadas para garantir a confiabilidade das informações, tomando-se o cuidado de confirmar essa confidencialidade. Para isso, após a gravação da entrevista, o arquivo recebia uma codificação correspondente ao participante e, em seguida, era salvo em programa informatizado. A codificação das entrevistas dos pacientes e acompanhantes seguiu classificação numérica crescente, de modo que ao considerar a entrevista descartada, a numeração contemplou a classificação de um a 17, correspondente a sete acompanhantes e dez pacientes.

O término das entrevistas ocorreu quando se percebeu a saturação de dados, que é uma ferramenta utilizada nos métodos de pesquisa qualitativa para estabelecer o tamanho da amostra. A saturação indica que as informações consideradas essenciais em relação ao objeto de pesquisa atingiram a homogeneidade. Para a identificação da saturação, é necessário considerar os limites empíricos do objeto analisado e a sensibilidade e aprofundamento do

pesquisador em relação ao tema pesquisado (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008).

Para facilitar a identificação da saturação, as primeiras entrevistas foram transcritas logo após a sua realização, inclusive com o reconhecimento de alguns temas considerados pertinentes em relação ao objetivo proposto.

Assim, após a finalização do processo de coleta de dados e a transcrição de todas as entrevistas, os dados foram submetidos à análise de conteúdo temática, segundo Bardin (2008).

De acordo com a autora supracitada, seguiram-se as seguintes etapas de análise: 1) ordenação dos dados, quando foram realizadas leituras exaustivas dos relatos, para estabelecer um sentido para o conjunto de proposições; 2) leituras sistematizadas com o objetivo de encontrar semelhanças ou contradições nos relatos, organizando os achados em “unidades de significados”; 3) organização das unidades de significados em temas, buscando um aprofundamento do conteúdo das mensagens; 4) interpretação dos temas e discussão com a literatura existente; 5) elaboração de relatório final com a interpretação realizada, sabendo que “o produto final é sempre provisório”.

No presente estudo, como os roteiros foram distintos para cada grupo pesquisado, apesar de o caso ser o mesmo, não se esperava, previamente, uma correspondência comum às unidades de significados a ponto de eles serem organizados nos mesmos temas. Entretanto, após a identificação das subcategorias dos dois grupos, há momentos em que as opiniões são compartilhadas por ambos e em outras se contrapõem, o que permitiu o agrupamento dos temas em quatro categorias.

Resultados e discussão



4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

As quatro categorias desse estudo são:

- a) Dos remédios que tomo aos que não sei: nas mãos dos profissionais de saúde, subdividida em duas subcategorias:
 - a (in)atividade do paciente *versus* o tecnicismo profissional,
 - a admissão e a alta hospitalar como marcos na transição do cuidado.
- b) A (des)continuidade da farmacoterapia;
- c) Informação como estratégia de acesso à farmacoterapia;
- d) Acessibilidade possível.

Representam, respectivamente, as especificidades da vivência do acesso à farmacoterapia durante a internação, notadamente marcada pela descontinuidade desta nos períodos pré e pós-hospitalização em relação ao de internação hospitalar, o que favorece um caminhar cíclico do paciente nos diferentes níveis de cuidado do sistema de saúde que, muitas vezes, poderia ser solucionado por meio de informações efetivas tanto entre os níveis como ao próprio usuário. Porém elas não ocorrem de maneira satisfatória e sua falta se revela como uma importante barreira ao acesso à farmacoterapia. Entretanto, há reflexões que mostram possibilidades de ações e estratégias que facilitam os processos de trabalho em busca de melhorias no acesso à farmacoterapia por parte dos usuários.

4.1 Dos remédios que tomo aos que não sei: nas mãos dos profissionais de saúde

Nessa categoria estão apresentados e analisados os relatos dos pacientes e profissionais de saúde em relação ao acesso à terapia medicamentosa durante a internação, o que contempla as vivências ocorridas da admissão até o momento da alta hospitalar.

A porta de entrada do hospital em estudo é o Pronto Socorro (PS), onde a maioria dos pacientes é atendida, em um primeiro momento, por demanda espontânea. O atendimento inicia-se pelo acolhimento, quando ocorre a classificação de risco segundo o Sistema de Triagem de Manchester (STM), de

responsabilidade do enfermeiro, que organiza o encaminhamento do paciente aos cuidados médicos conforme a necessidade.

O STM é um dos processos de triagem que permite priorizar o atendimento dos pacientes mediante a classificação do grau de risco e a mensuração de um tempo máximo de atendimento para cada paciente. Ao levar em conta o tempo de atendimento mediante a gravidade, os processos de triagem contribuem para a qualidade do atendimento oferecido (SOLER *et al.*, 2010; SOUZA *et al.*, 2011).

Quando a avaliação clínica identifica que o paciente pode ser atendido por outros níveis de cuidado, realiza-se o seu encaminhamento para a Unidade Básica de Saúde (UBS) ou Unidade de Pronto Atendimento (UPA) de referência. Os casos que necessitam de atendimento em nível terciário permanecem cerca de 24 horas no PS, e se há necessidade de continuidade dos cuidados de saúde, são internados na instituição. A internação caracteriza-se pela transferência do paciente do PS às Unidades de Internações (UI), CTI ou BC e ocorre mediante a lógica da equidade e considerando-se a disponibilidade dos leitos.

Certamente, o principal motivo da procura pelo atendimento de alta complexidade não se deve à necessidade de medicamentos por parte dos usuários, mas à busca de cuidados especializados provenientes da identificação de uma situação de emergência e ou urgência clínica. Assim, a primeira subcategoria mostra que, perante a constatação de uma necessidade, a decisão do paciente ou familiar é a de buscar quem tem mais capacidade de atendê-la. Muitas vezes, a autonomia da pessoa parece terminar no momento em que encontra a resposta de seu problema e transfere a responsabilidade ao profissional capaz de devolver-lhe a saúde. A segunda subcategoria vai discutir a ideia da continuidade do cuidado, que parece ser algo posto externamente ao hospital, daí a internação deixar a impressão de ser um momento à parte da vida das pessoas.

4.1.1 A (in)atividade do paciente *versus* o tecnicismo profissional

Na maioria das vezes, o próprio paciente, em sua condição de “estar doente”, ou seus familiares são os responsáveis pela identificação de uma anormalidade ou agravo no estado de saúde e determinam a busca pelo tratamento:

O dia que eu internei, eu primeiro tive uma crise de bronquite. Eu achava que era bronquite porque eu tenho bronquite. Mas era uma crise de doença de Chaga, parece que tava me internando com problema cardíaco eu tava com uma falta de ar que eu não conseguia [...] parece que eu ia morrer. (P15)

Aí vimos que ele não tava melhorando, que ele tinha prostado muito. Na segunda-feira, dia nove de maio, a gente trouxe pra cá. Quando chegou aqui ele ficou internado. Aí fez tomografia, tinha dado AVC [acidente vascular cerebral]. (P9)

Eu mesmo queria só o alívio da dor que eu tava sentindo! Aquele sufoco! Eu queria isso. Melhora! (P7)

Aí eu tive esse acidente, aí ele ligou lá pro SAMU [Serviço de Atendimento Móvel de Urgência], aí ele veio. Viu as condições que eu tava lá gritando, deitada em tempo de me acabar!!! Tinha quebrado aqui esse osso, aí ele [SAMU] me trouxe e me internou. Meu filho veio com o SAMU e aí o médico me internou [...]. (P3)

Parece existir um processo de triagem subjetiva e familiar em relação ao tipo de agravo ou complicação, que a piora do quadro clínico, a dor insuportável ou o risco eminente de morte norteiam tanto a identificação do desequilíbrio biológico como a consequente busca pelo serviço médico hospitalar. É nesse lugar que espera encontrar melhorias para seu estado clínico, alívio da dor e manutenção da vida.

Se tomarmos por um momento a perspectiva da atenção às pessoas, podemos constatar que a assistência é demandada a partir de uma experiência de sofrimento e de uma leitura de ser possível encontrar alento para tal sofrimento num serviço de saúde. Isso resulta no que chamamos de “demanda espontânea”. Obviamente, tanto a experiência de sofrimento como essa expectativa frente aos serviços de saúde são construídas socialmente, embora experimentadas individualmente, o que nos leva à conclusão de que essa demanda que parece ser espontânea de fato é construída socialmente (MATTOS, 2004, p. 1413).

Os relatos dos profissionais mostram que a chegada do paciente ao ambiente hospitalar desencadeia uma série de condutas relacionadas ao atendimento técnico preestabelecido. A realização da triagem, o atendimento médico e a definição da hipótese diagnóstica embasam a elaboração da prescrição médica, que marca o início da terapia medicamentosa:

Ah, o que eu vejo aqui no hospital é que os pacientes entram, quando eles chegam têm um acolhimento pela enfermagem. Lá, faz a triagem e identificam aqueles que precisam ser medicados. (FA02)

O paciente chega, é atendido no PA [Pronto Atendimento], aí quando há vagas no setor ele é encaminhado para as enfermarias, o médico plantonista do andar avalia e prescreve, e depois entrega a prescrição. (TE05)

A gente chama, ele [médico] informa o que tá acontecendo: que os dados estão alterados, aí ele vai avaliar o paciente e vai tomar a decisão pelo medicamento que ele acha que vai ser utilizado. (EN03)

A admissão do paciente é o marco do início de um processo de trabalho, que nos relatos apresentam-se de forma mecanicista e com uma conduta normatizada de acordo com a competência de cada profissional: a enfermeira acolhe, tria e identifica quem precisa ser medicado, passa as informações necessárias; o médico avalia, toma a decisão pelo tratamento e prescreve o medicamento necessário. Não se identificam, nesses relatos, outras necessidades além daquelas que estão alteradas, e o sujeito-autônomo que optou pela busca de atendimento torna-se nesse momento um paciente.

Reafirma-se, portanto, a característica da assistência à saúde como um ato prescritivo em si, centrado em aspectos puramente biológicos, em que as subjetivações dos pacientes e determinantes sociais não são consideradas (MALTA; MERHY, 2010).

Como a realização da prescrição é algo inerente ao poder médico, percebe-se um reconhecimento do poder desse profissional em relação à decisão da farmacoterapia, pois é ele quem propicia ou limita o acesso aos medicamentos. Aos demais profissionais cabe contribuir para a garantia da efetivação dos cuidados medicamentosos por meio do oferecimento dos demais cuidados farmacoterapêuticos, como dispensação e administração dos medicamentos.

Como característica do imaginário biomédico tem-se a visão fragmentada do corpo humano, em partes, e das doenças como peças (TESSER; POLI NETO; CAMPOS, 2010). Infere-se, portanto, que é esta visão biomédica, sistematizada, disciplinarizada, que se encontra refletida no tecnicismo dos profissionais ao relatarem o processo de admissão do paciente ao hospital.

Verifica-se que as competências de cada profissional acompanham os cuidados medicamentosos oferecidos aos pacientes durante a internação, de acordo com suas habilidades e responsabilidades e cada um cumpre seu papel preestabelecido:

Então sempre o médico, porque é da prescrição, a enfermeira da avaliação e o técnico que é da administração. (EN03)

Acho que o médico, a gente que prepara, o pessoal da CCIH [Comissão de Controle de Infecção Hospitalar] e o pessoal da farmácia. (TE09)

Acho que é uma junção de esforços. Primeiro tem o esforço do médico em analisar, diagnosticar os problemas e prescrever; a enfermagem administrar; o farmacêutico em acompanhar se tá tudo ok com a prescrição e fazer a reconciliação dos medicamentos; e dos demais profissionais em ajudar a acompanhar e observar se tá tendo alguma reação. (FA04)

Eu acho que isso assim envolve todo mundo. Envolve a equipe multidisciplinar toda! A psicóloga que às vezes vai lá e pergunta que medicamento que o paciente tá tomando, que ele tá prostrado. (TE13)

O que eu percebo do trabalho do farmacêutico aqui além do que eu não vejo, da questão administrativa e coordenação etc. etc. de compras, enfim, de regulação do estoque é a questão de que eu já vi com pacientes meus, de análise de adequação de prescrição mesmo! Por exemplo, paciente que tá com dieta enteral contínua, que toma um medicamento que tem que ser usado em jejum, eu já tive conversas com o farmacêutico nesse sentido. (ME12)

Assim, ao médico cabe diagnosticar e prescrever; à enfermagem, conferir a prescrição médica e administrar os medicamentos nos horários devidos; à farmácia, garantir a dispensação dos medicamentos, fazer orientações ou intervenções em relação à prescrição. Pode-se dizer que o que ocorre é um trabalho multiprofissional, com ações interdependentes entre os profissionais de medicina, enfermagem e farmácia, como os pilares da farmacoterapia. Entretanto, se, por um lado, a participação da CCIH, psicologia, entre outras profissões, identifica-a como um processo construído a várias mãos, por outro, percebe-se a ausência do paciente nesse processo.

Nos relatos dos pacientes, identifica-se que os profissionais de saúde assumem todas as decisões em relação à escolha e administração dos medicamentos:

No hospital, tem o enfermeiro que vem e dá o remédio para você, então você toma seis horas, outro meio dia, você controla bem, sabe? A enfermeira que controla a hora de tomar! A enfermeira te controla bem!! (P2)

Não sei te dizer, eu sei é que a medicação chegava até ela, vinha da farmácia. Não sei como que era o procedimento, eu sei que o médico prescrevia, e as meninas buscavam na farmácia, e passava pra ela [paciente] [...]. (P11)

Num achava [...] era ela me dar e eu tomar, e ficar por isso mesmo! (P3)

Ao se tornar paciente, o sujeito responde à farmacoterapia com passividade, reforça a ideia de transferência do poder de decisão ao saber dos profissionais de saúde, em busca da cura, torna-se subordinado às ações tomadas. Eles controlam, administram, ou seja, como um “passe de mágica” a medicação chega e, em relação

ao paciente, só lhe resta aceitar. O que se verifica é uma espécie de “mecanização” da terapia medicamentosa, influenciada pelos valores dominantes de que o conhecimento técnico predomina nas relações profissional de saúde-paciente. Apesar dos avanços no setor de saúde brasileiro nos últimos anos, as práticas desenvolvidas no cuidado em saúde ainda são pautadas no paradigma biomédico (ASSIS; VILLA; NASCIMENTO, 2003).

É fato que para os pacientes a apropriação do conhecimento da farmacoterapia torna-se irrelevante ao processo de cuidado que lhe salvou a vida:

Olha! Assim [...] pra mim tá bom, sabe? Pra mim tá bom porque eu não sei pra que serve, mas eu sei qual horário que tem. E [...] e eu tava ali pensando, que eu cheguei aqui quase morto!, [...] quem diria morto! Mas aí eu voltei [...] até agora não voltei andando não [...] mas a gente anda! (P2)

E agora também que eu precisei cheguei aqui três e meia da manhã, passando um mal terrível, fui muito bem atendida, me atenderam com a maior rapidez, com a maior consideração, respeito [...] então o que eu tenho a dizer é isto [...] pra mim, esse hospital é muito bom! Pelo menos a minha família no que precisaram, foram muito bem atendidos. (P14)

Eu tenho gostado muito daqui! Graças a Deus foi aonde eu entrei quase morta e saí viva, e tô aí vivendo, fé em Deus! (P16)

Eu falava assim: nem menina, você precisa ver como que lá é bom! Remédio na hora certa, comida, tudo na hora certa que eles dão pra gente! (P17)

Desconhecimento, obediência e passividade são as principais características dos pacientes no encontro com o processo farmacoterapêutico hospitalar. É como se a passividade fosse uma forma de retribuir a resolutividade do atendimento. A necessidade de melhora ou de cura favorece a entrega do sujeito ao profissional de saúde, refletido pelos agradecimentos feitos frente à melhora clínica. Na condição de doente, cabe a ele assistir e aceitar as condutas realizadas.

Nas instituições que envolvem o atendimento em alta complexidade, o doente comparece quase que na sua forma biológica, ele está vestido com a roupa do hospital, da enfermaria, quando não está nu, sem cueca e sem meia, vestido apenas com um roupão. Ele não tem relógio e não tem carteira de identidade ali com ele. Ele é um dispositivo, digamos, para o exercício dos cuidados de enfermagem ou dos cuidados médicos-cirúrgicos (BOTAZZO, 2010, p. 395).

Constata-se que há uma relação na qual o paciente, na condição de doente, espera a farmacoterapia, entre outras ações. O paciente se revela como obediente “espectador” do processo da terapia medicamentosa e aguarda a sua preparação e

administração até o momento em que entra em cena passivamente na condição de receptor de um cuidado, que é entendida como suficiente:

Deram os remédios de acordo, nas horas, mais ou menos, deram 10 da noite e as seis da manhã. Depois começava tudo de novo. Começava, seis da manhã e oito. Depois às sete, às oito [pausa]. Esqueci de uns! (P13)

Não faltou alimentozinho pra mim [...] e aí o que importa é isso! Eu nunca passei o dia aqui que eu num tomasse remédio. Era remédio o dia todo. De noite elas me acordavam pra me dá remédio, de manhã era remédio, na hora deu deitar, início da noite era remédio, assim direto, direto, direto, direto, sem parar [...] Ainda agora mesmo eu tomei um comprimido. E antes deu ir pra casa ela vai me dar outro que eu sei! Assim que eu cheguei aqui eu fiquei tomando remédio direto, sem parar, de dia e noite! Dia e noite! Dia e noite! Dia e noite! (P3)

Os pacientes visualizam a farmacoterapia de forma sistematizada, mesmo sem ter domínio sobre os medicamentos em uso, associados a uma rotina que ocorre em função do tempo. Assim, eles acompanham a administração dos medicamentos por se acostumarem com os horários de uso, que ocorrem de forma contínua. Pode-se inferir que isso gera certa segurança e satisfação para os pacientes, observado no momento das entrevistas.

O uso de medicamentos é intermediado por relações humanas, o que configura um processo de comunicação entre profissionais e pacientes. O medicamento simboliza a materialização do estar doente, o que legitima o paciente nesse papel. Em contraponto, além da materialização do estar doente, o medicamento traz consigo a expectativa da melhora (SANTOS, 2010).

Os profissionais confirmam a existência dessa atitude passiva por parte do paciente em relação à busca de informações sobre os medicamentos em uso. Nos relatos, eles relacionam essa passividade à confiança dos pacientes nas ações dos profissionais, pois a presença da resolutividade associada ao desconhecimento técnico fortalece a entrega dos pacientes aos cuidados hospitalares:

Imagina um paciente que não é da área de saúde, que não entende, que não sabe “pra quê”. Naquele momento ele deposita toda a confiança pra equipe de enfermagem. (EN01)

Eu acho que é mais passiva! Eu nunca percebi assim essa preocupação sobre qual medicamento que está tomando e para que se utiliza, diferente do que é em casa, que ele tem que se preocupar com o horário, com várias coisas. Acho que aqui no hospital ele fica mais passivo mesmo, não se preocupa tanto [...], tem vários profissionais cuidando dele então acho que a preocupação dele em relação ao medicamento é menor! (FA04)

Olha, a princípio eu acho assim, que aqui eles são bem cuidados, as medicações são feitas nos horários certos, eles sabem que eles estão sendo bem tratados e, em relação às medicações, eles sabem que eles tomam nos horários certos, e eles tem uma melhora significativa que às vezes não acontece em casa, pois às vezes tem dia que ele esquece de tomar uma medicação ou outra e assim, eles são tratados [no hospital] para medicar no horário certo, então eles tão no controle! Assim, certinho. (TE05)

Os profissionais relatam a presença de um paciente que não opina e ou questiona sobre os cuidados medicamentosos. Eles entendem essa ação com naturalidade devido à existência do desconhecimento técnico dos pacientes e à confiança nos profissionais de saúde. Além disso, a hora e o uso corretos dos medicamentos não são mais de responsabilidade do paciente durante a internação, diferentemente de quando estão no domicílio e, por vezes, se esquecem de tomá-los. É como se, ao ser internado, o sujeito não sentisse necessidade de questionar a indicação dos medicamentos em uso. Identifica-se, também, que os profissionais legitimam a passividade dos pacientes ao entender esse processo como algo esperado e natural.

O que se percebe, é uma “certa medicalização da vida”, implicando uma patologização das condutas individuais resultante das relações da norma com os discursos biológicos e médicos e da sua caracterização como técnica de biopoder que objetiva um governo fino e subjetivado sobre a vida de cada um (PRADO FILHO, 2010, p. 188).

Entretanto, o paciente não perde a capacidade de construir valores e ter as suas próprias conclusões em relação ao processo medicamentoso. Apesar de se sentir entregue aos cuidados profissionais, o paciente-sujeito continua a construir para si, na maioria das vezes de modo silencioso, as suas impressões em relação ao uso de medicamentos na internação:

Aí o médico fala “vou passar um antidepressivo”, aí a gente vê a enfermeira: tá com febre tem que dar o remédio. Então mais ou menos a gente fica observando pra que que é! (C05)

Como eu sou muito curiosa, como eu estou acompanhando ela, eu gosto de saber o que ela tá ingerindo pra que que é, porque caso venha ter algum problema, algum efeito colateral e tudo, a gente já tá mais preparado! (C15)

Os remédios daqui? O marevan eles experimentaram de uma forma, diminuiu, diminuiu até chegar meio comprimido. É porque eu prestava atenção no nome dos remédios que eles [profissionais de saúde] me davam. Principalmente aqueles [outros pacientes] que tavam acamado, eu ficava prestando atenção também! (P08)

De certa forma, alguns pacientes ou acompanhantes, a partir da observação do processo de trabalho desenvolvido junto a si e da percepção de seu próprio

corpo, constroem estratégias de acompanhamento tanto do medicamento em uso como das condutas profissionais realizadas.

Um estudo qualitativo com pacientes de uma UBS identificou que os usuários possuem uma concepção pessoal do processo saúde-doença. Ao mesmo tempo em que os entrevistados apresentavam desconhecimento desse processo, possuíam uma visão dos medicamentos em uso, empregando uma linguagem própria para descrevê-los e identificá-los (PAULA *et al.*, 2011). Essa visão também é identificada nas falas dos pacientes no âmbito hospitalar, o que é representado pelos questionamentos e deduções em relação à farmacoterapia.

Embora nem sempre manifestados, há relatos que mostram que os pacientes estão atentos ao uso de medicamentos e à ocorrência de possíveis equívocos na sua administração:

E tomei um dia um marevam, um comprimido, quando foi a noite veio um marevan e achei ele muito parecido, perguntei o enfermeiro que não soube me explicar que comprimido era aquele. Mas como estava meio sonolento e estava andando, voltei e aí deixei ele lá. Ele falou que ia olhar lá pra ver no arquivo, e ele num apareceu mais. Quando eu cheguei, eu esqueci e tomei ele de novo. Aí subiu, aumentou, a corrosão do sangue! (P08)

A minha filha viu durante horário que não foi dado a medicação. E ele também foi e confirmou que não foi dado. Quando a pressão dele subiu, aí a enfermeira pediu que fosse medida a pressão, a pressão dele tava 19! Aí deu a medicação e logo normalizou [...] mas ficou um horário sem a medicação! (C06)

A suspeita de erro de medicação, ocasionado pela não administração do medicamento no horário correto, o que pode gerar um agravo, é vista como um fator comprometedor da melhora clínica do paciente, o qual vê o processo medicamentoso como um importante aliado para a melhoria de seu estado de saúde.

O erro consiste na incapacidade de uma ação planejada ser concluída e, normalmente, ocorre devido a um problema de execução ou de planejamento. Pode acontecer em todas as fases do processo de cuidado, desde o diagnóstico e ações preventivas até o tratamento, e nem sempre resulta em danos (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000). Assim, entende-se que os erros de medicação também envolvem todo o processo de cuidado farmacoterapêutico, que compreende prescrição, etapas da dispensação e administração dos medicamentos.

Mesmo ao identificar uma possível ocorrência de erros de medicação, o usuário se manifesta por meio do silenciamento:

A gente fica assim, sem querer, porque prejudica de uma certa forma a gente! Porque a gente fica sem querer prejudicar o profissional! Porque a gente tem aquela ideia de o erro ser humano. É então, a gente num quer dificultar ninguém, principalmente no emprego. E por isso a gente num decidiu fazer comentário! (P08)

É coisa assim, inadmissível! Mais por um lado, se a gente for olhar o lado humano, a menina tava superatarefada sabe?! Nesse dia, a menina da enfermagem, se a gente for um pouquinho humano, a gente dá o desconto! E fala pra num acontecer, num repetir, ter mais atenção, mas ela tava muito atarefada! (P06)

O usuário sente receio de prejudicar o profissional responsável pelo erro, o que fortalece a inibição da sua participação no processo medicamentoso, pois o medo e a visão de que “errar é humano” levam-no, muitas vezes, a não testemunhar ou a reclamar e se sentir constrangido ao ter que acusar a quem lhe proporciona cuidado. Percebe-se uma contradição de sentimentos, ao mesmo tempo em que expressam ser inadmissível o erro cometido, pensam que a exposição do fato pode prejudicar o profissional de saúde que está ali para oferecer os cuidados em saúde. “Esta relação, por sua vez, remete ao campo da bioética, pois envolve questões como poder e dependência entre sujeitos com diferentes níveis de informação, além de práticas que podem levar a danos” (CUNHA; GIOVANELLA, 2011, p. 1039).

Os profissionais, também, reconhecem a participação do usuário enquanto sujeito do processo:

Eu acho que eles aceitam muito bem a medicação, porque eles até cobram muito. Então por exemplo o medicamento tinha horário e todos eles vão tomar os medicamentos 10 horas da manhã. Aí quando dá 10 horas da manhã eles já começam: “Ah cadê o meu medicamento?”. Eles já começam a pedir. Então eles cobram muito! (EN03)

Tem paciente que é resistente ao tratamento, tem às vezes relato no prontuário de enfermagem que o produto não foi administrado por resistência. (FA07)

Às vezes tem paciente que é mais arredo, eu mostro a prescrição. “Ah mais esse remédio me dá uma certa alergia!”. (TE13)

Aí o acompanhante me questiona: “ele usava em casa sinvastatina, aqui eu não estou vendo ele usar!” Mas é que ele usa à noite. (ME14)

Evidencia-se um paciente vigilante, que recusa ou aceita os medicamentos pois, ao entender a lógica da farmacoterapia, a questiona, a solicita, a rejeita, concorda com ela, enfim, manifesta os seus desejos em relação aos cuidados medicamentosos. Infere-se que há um processo de construção e reconstrução

contínuas das experiências medicamentosas dos pacientes, em paralelo com a tomada de decisão dos profissionais.

Em relação ao termo experiência medicamentosa, o seu uso é relativamente novo no processo de cuidados em saúde. Reflete os sentimentos e as subjetividades apresentadas pelos pacientes em relação à farmacoterapia, o que influencia o modo como o paciente toma as suas decisões pessoais relacionadas à utilização dos medicamentos atuais. É interessante que a experiência medicamentosa de cada paciente seja compreendida pelo profissional de saúde e incorporada aos planos de cuidados (CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 2004).

Durante a internação hospitalar, percebe-se que o paciente que busca o tratamento por meio da manifestação fisiopatológica é sujeito no processo farmacoterápico, que se cala e aceita o cuidado em determinados momentos; em outros questiona, recusa, acompanha, mostra-se atento ao que acontece. Transita entre o papel de “usuário paciente” e “usuário sujeito”: ora recebe passivamente a farmacoterapia, ora manifesta-se, o que caracteriza a (in)atividade do paciente. Por outro lado, as vivências dos profissionais refletem um processo de medicalização sistematizado, caracterizado pelas tecnologias necessárias em seu processo de trabalho.

4.1.2 A admissão e a alta hospitalar como marcos na transição do cuidado

A admissão e alta hospitalar podem ser considerados como períodos de fragilidade em relação ao acesso à farmacoterapia. Embora a entrada do paciente no hospital esteja relacionada ao acesso ao serviço de alta complexidade, pode-se caracterizar como um momento de fragmentação em relação aos cuidados medicamentosos oferecidos na Atenção Primária e Domiciliar à Saúde (APDS). Como durante um atendimento de urgência os cuidados oferecidos estão focados na necessidade imediata do paciente, é comum não somente na admissão, mas durante a internação, a existência da descontinuidade do tratamento dos demais problemas de saúde apresentados pelo paciente em nível da APDS. O mesmo ocorre na alta hospitalar, em que não se pode garantir que a estabilidade clínica atingida por meio do uso de determinados medicamentos no período da internação terá a sua continuidade.

A identificação do uso de medicamentos no período que antecede a internação requer um processo de comunicação entre profissionais de saúde, além de uma sistemática análise e divulgação dessas informações entre os profissionais. Na admissão hospitalar do local em estudo, os profissionais relatam que a identificação dos medicamentos utilizados pelo paciente no âmbito domiciliar durante a internação é uma prática comum, como verificado a seguir:

Eles [médicos], sempre que o paciente chega pedem pra trazer receitas de medicamentos que o paciente vem tomando antes de chegar ao hospital. (TE25)

A gente pega prontuário e às vezes é relatado que fazia uso contínuo de certa medicação. Então eu acho que tem essa preocupação. (FA07)

Nós conferimos quais as medicações que ele tá tomando, quais que estão prescritas, se ele já fazia uso de algumas dessas medicações em casa se ele tem alguma alergia a alguma nova medicação acrescentada pelo médico e aí informamos quais as medicações que foram prescritas. (TE05)

É, num segundo momento esse paciente vai passar pelos meus cuidados, como horizontal, aí eu vou rever a história do paciente, rever os exames dele, vou rever a prescrição inicial que foi feita, vou revisar o que que ele usava em casa. (ME12)

As diferentes categorias profissionais reconhecem a existência da identificação dos medicamentos utilizados no período que antecede a internação. Verifica-se que a principal forma de comunicação sobre o uso prévio de medicamentos pelo paciente ocorre por meio do registro em prontuário.

A necessidade de garantir a continuidade dos cuidados medicamentosos durante o processo de transição do cuidado de paciente é tão relevante no contexto da segurança no acesso a medicamentos que, no ano de 2002, um grupo de estudiosos responsáveis por ações que envolvem a prevenção de erros médicos em Massachusetts publicou as “Práticas Seguras para Reconciliação de Medicamentos” (MA COALITION FOR THE PREVENTION OF MEDICAL ERRORS, 2002). Essa publicação especifica o conceito da Reconciliação Medicamentosa, que envolve as seguintes etapas: 1) criar a lista mais completa e precisa possível de todos os medicamentos utilizados pelos pacientes no período pré-admissão; 2) utilizar essa lista quando escrever orientações sobre medicamentos; 3) comparar essa lista com os medicamentos utilizados na admissão, transferência e levar qualquer discrepâncias ao conhecimento médico, e, se necessário, realizar intervenções. Esse processo é destinado a promover comunicação e trabalho em equipe, a fim de prevenir erros de medicação.

Outro estudo sobre a implantação de um serviço multiprofissional de orientação de pacientes no processo de transição do nível hospitalar para os demais níveis de atenção concluiu que o serviço contribui para a qualidade dos cuidados no momento da transição e reduz o número de reinternações hospitalares (ARBAJE *et al.*, 2010).

Apesar de assumirem a existência e a importância da prática de identificação dos medicamentos utilizados pelos pacientes no período que antecede a internação, os profissionais apresentam dúvidas e mostram-se incertos em relação a essa reconciliação:

Então é, tinha que ser, mas às vezes isso pode passar batido, mas o ideal é que isso seja feito. (FA07)

Eu acho que deveria ser sempre levado em consideração, mas não sei! Porque também o atendimento é, eu acredito que não tenha tanto tempo pra fazer, principalmente quando o paciente tá no OS. (FA04)

Muitas das vezes não. Bastante familiares questionam com a gente que em casa fazia o uso e aqui não faz. Na maioria das vezes eles não tomam a medicação de casa aqui no hospital. (TE13)

Mas em 80% dos casos eu acho que tá descrito! Tá descrito pelo profissional que atendeu ele. Ou em primeira mão ou em segunda mão, porque eu já pego no terceiro momento. (ME14)

Falta de tempo e esquecimento são algumas das justificativas para a inexistência da identificação dos medicamentos utilizados no âmbito domiciliar dos pacientes, o que gera incompletude do processo de identificação dos medicamentos em uso. Verifica-se uma ação que é executada por diferentes profissionais, mas que ocorre em caráter pouco sistematizado e de forma inconstante, trazendo insegurança em relação ao funcionamento da reconciliação medicamentosa. Ao mesmo tempo em que ações multidisciplinares que envolvem a reconciliação medicamentosa são reconhecidas por sua importância, quando diferentes profissionais as praticam de forma pouco articulada, isso pode comprometer a sua efetividade, principalmente.

Nos momentos de transição do cuidado, como a admissão e internação, ocorrência de erros está associada com mudanças nos regimes de medicação utilizados anteriormente. Incluem-se, nesse exemplo, diferenças entre os medicamentos utilizados no momento da internação com os que o paciente utilizava anteriormente. [...] Vários profissionais, incluindo médico, enfermeiro e farmacêutico hospitalar podem independentemente recolher histórias medicamentosas de pacientes. Essas múltiplas fontes podem identificar discrepâncias que raramente serão corrigidas (KRIPALANI *et al.*, 2007a, p. 317).

Ressalta-se que, independentemente do profissional que coleta os dados referentes aos medicamentos utilizados no período pré-internação, a principal fonte de informação é o próprio paciente. Por ser caracterizado como um hospital com atendimento de pronto-socorro, é natural que a internação do paciente ocorra sem o encaminhamento do médico que o acompanha na UBS. São pacientes e familiares que normalmente informam sobre a história medicamentosa.

Usava [...] como é mesmo o nome? [pede ajuda]. Propranolol [...] e [...] [silêncio]. (P01)

Eu usava. Eu sei que é pra pressão, é remédio pra coração, é pra pressão, coração [...] que mais? [...] só. (P04)

Eu usava marevan, furosemida, adactona, [pausa] e [sussurro], eu num sei nem falar o nome direito também, acho que é o cardovedilol. (P16)

Os pacientes e acompanhantes demonstram desconhecimento e esquecimento em relação aos medicamentos utilizados no período pré-internação, que geralmente apresentam nomes complexos, difíceis, que não se inserem no saber dos entrevistados.

Os relatos dos profissionais de saúde corroboram a falta de apropriação dos pacientes e acompanhantes em relação aos medicamentos utilizados no período pré-internação:

É muito comum o paciente vir e não saber quais remédios tava usando, mesmo o acompanhante não sabe direito. (ME34)

Por exemplo, essa paciente mesmo que “tava” usando tricíclico, eu perguntei: “Por que é que tava usando esse remédio?” Não sabe! Desde quando? Não sabe. (ME11)

Às vezes nem tudo é contado na anamnese. O paciente esquece e o acompanhante esquece. (ME12)

Então, por exemplo, tem um paciente que chegou! Aí quando a gente admitiu, ele fala, não, eu não sou hipertenso, eu não tenho comorbidade nenhuma. Aí a gente vai vendo que a medida, por exemplo, essa semana mesmo eu tive um caso desses! O paciente chegou, ele foi admitido vindo do bloco cirúrgico, ele chegou com a pressão 17 por 11 assim, se eu não me engano. (EN03)

Os profissionais relatam desconhecimento dos pacientes e dos acompanhantes em relação tanto aos medicamentos utilizados no período pré-internação como ao motivo do uso e problemas de saúde existentes. Parece que as informações colhidas no período de admissão não são suficientes para descrever a história pregressa do paciente em relação à sua terapia medicamentosa, o que

acaba por interferir na evolução clínica do paciente. Pode-se inferir que algumas vezes a forma de abordagem não seja a mais adequada, considerando-se o momento crítico em que o paciente se encontra.

Observa-se ainda a “mecanização” do processo de uso dos medicamentos. Apesar da necessidade do fármaco, o sujeito ainda se apresenta distante do mesmo, como verificado a seguir:

[...] tem a caixinha lá, e eu não sei o nome [...] Agora assim de cabeça, é difícil de saber [...] Mas eu usava ele bem! (P2)

Ele usava remédio de pressão. Só de pressão que ele usava. Eu num sei por que, porque eu num morava com ele. Então, eu num acompanhava muito não. (C05)

O ato de medicalizar mostra-se contínuo, entretanto, apresenta-se como uma ação formal, e o motivo do uso se encontra distante do saber do sujeito que o utiliza. Nesse momento, a obrigatoriedade do uso se contrapõe ao entendimento da necessidade do acesso ao medicamento, o que pode influenciar o motivo da busca a esse.

Estudo qualitativo que analisa a percepção dos pacientes em relação ao uso de medicamentos identifica que “o uso regular do medicamento pode remeter a uma situação de obrigação para os pacientes. Conforme Lefèvre, o remédio é, portanto, uma obrigação e na obrigação está contida a pílula amarga” (PAULA *et al.*, 2011, p. 2628).

No processo de transição do cuidado, como o paciente passa por diferentes profissionais, ele se torna a principal fonte de comunicação sobre as próprias experiências vividas, o que pode propiciar oportunidades para a ocorrência de erros em saúde (MCGAW *et al.*, 2007). Assim, as informações obtidas com ele não devem consistir em estratégia única para a identificação do uso pregresso de medicamentos e o embasamento de tomada de decisões.

Em alguns casos, quando os profissionais optam por não dar continuidade a determinados tratamentos que ocorriam no âmbito domiciliar, essa decisão é justificada pela resposta clínica do paciente:

Quando a gente muda é ou porque ele tá com alguma patologia agora que é contraindicada, ou por que a gente teve que acrescentar [...] não é uma mudança porque você prefere [...] porque aí teve necessidade! Às vezes precisa de um medicamento que no posto é mais difícil, um carvedilol, alguma outra coisa, mas que naquele momento ali precisou ser reajustado. Então quando a gente muda, eu pelo menos, é que o motivo da internação teve a ver com isso! (ME11)

Não, já teve caso de antidepressivo, o paciente usava em casa, chegou, deu entrada no hospital sem a medicação, o paciente se demonstrou agitado, com variações de humor em acompanhamento com a psicologia, mostrando a necessidade de realmente não interromper o tratamento que ele já havia fazendo. (FA08)

Outras considerações realizadas ao optar por determinado tratamento no âmbito hospitalar consistem na identificação de contraindicações e necessidades específicas dos pacientes em relação à farmacoterapia, o que resulta na troca, suspensão ou inclusão de medicamentos.

Entende-se que a transição do cuidado necessita ser realizada de forma consciente para que a segurança dos pacientes seja mantida. Ela não deve ocorrer somente dentro de um determinado nível de cuidado e sim em toda a rede composta pelos diferentes serviços de saúde. Nesse momento, é importante que a nova condição clínica do paciente, a de estar no ambiente hospitalar e recebendo novas intervenções, também seja norteadora das ações a serem realizadas.

Vários autores discutem sobre as definições entre os termos continuidade do cuidado e longitudinalidade do cuidado. Um estudo de revisão sobre o tema especifica que, embora alguns autores possam utilizar os dois temas com o mesmo significado, outros “entendem a longitudinalidade como o acompanhamento dos distintos problemas de saúde por um mesmo médico, e a continuidade do cuidado como o acompanhamento por um mesmo médico ou não, de um problema específico do paciente”. Ressaltam ainda que a continuidade não é um elemento característico da atenção primária, nem exige uma relação pessoal entre o profissional e o paciente, uma vez que bons registros podem suprir a necessidade de informação para o devido acompanhamento da patologia (CUNHA; GIOVANELLA, 2011, p. 1030).

Manter a continuidade do acesso à farmacoterapia, respeitando-se as necessidades individuais de cada paciente não é algo fácil, e a entrada do paciente no hospital reflete esse desafio.

Além de conseguir o direito ao atendimento hospitalar, é necessário que o paciente consiga, nesse momento, a manutenção da continuidade de determinados cuidados preexistentes na Atenção Básica. A identificação dos medicamentos utilizados pelos pacientes no momento pré-internação assim como a avaliação da possibilidade de dar continuidade ao uso dos mesmos durante a internação são práticas necessárias.

Devido à necessidade da manutenção do oferecimento de cuidados específicos no processo de transição entre os níveis de atenção, os profissionais reconhecem na alta um momento de imprevisibilidade, como verificado a seguir:

Eu acho que ficam muito perdidos. Eu costumo falar com as meninas e com meus colegas que, quando eu dou alta pro paciente, a impressão que eu tenho é que é um passarinho que tá saindo do ninho pela primeira vez! Que ele não sabe o que vai acontecer com ele [...] Ele tá ótimo, com condições de ir embora. Ele até vai receber uma dose quando ele sair daqui suficiente pra manter o tratamento mais um tempo, mas depois ele vai conseguir isso? (ME12)

O acesso a medicamentos no período pós-alta se mostra incerto, pois o profissional não se sente seguro em relação à continuidade do tratamento nesse período. A transição do cuidado se apresenta como um período vulnerável, o que exige dos profissionais de saúde preparação para a garantia da continuidade dos cuidados dos pacientes (KRIPALANI *et al.*, 2007a; MCGAW *et al.*, 2007). Dentro desse contexto, a farmacoterapia também se mostra incerta, o que a torna um desafio a ser continuado pelo paciente.

Por esse motivo, são comuns as informações dadas na alta hospitalar:

A questão da alta hoje, todos os pacientes que recebem alta são informados pelo corpo clínico de todas as medicações que eles vão fazer uso da alta hospitalar em diante. São feitas orientações para todos os pacientes. (EN01)

E aí consecutivamente na alta também. Explica como ele deve tomar a medicação, quais são os cuidados que deve ter, pra ele tomar nos horários certos, a importância de tomar nos horários certo e, às vezes, que ele tem que ter ciência de que ele não pode parar as medicações porque pode prejudicar o tratamento dele posteriormente. (TE05)

E aí quando a gente decide e acredita que o paciente tem condição de alta, eu faço uma prescrição, normalmente a gente faz a prescrição do que ele deve utilizar de medicamento e sempre eu oriento pessoalmente todos os familiares, mostro a medicação. (ME10)

Agora, quando ele tá saindo de alta e que a farmácia vai entregar os medicamentos pra ele [paciente], ele participa porque a farmacêutica que for vai pra tentar tirar as dúvidas dele, ver como que ele enxerga aquele tratamento, se ele tem noção do que é aquele medicamento, de como que ele vai utilizar. E aí, acaba que descobre assim outras coisas a respeito de medicamentos com eles, que eles perguntam e têm dúvidas de outros medicamentos, não só aquele da Terapia Sequencial Oral. (FA02)

Assim, a orientação para a alta é prática comum realizada por médicos, farmacêuticos, técnicos de enfermagem e enfermeiros, durante a qual as dúvidas de pacientes e familiares são sanadas e também são passadas outras informações a partir do conhecimento do que eles possuem em relação aos cuidados farmacoterapêuticos. De fato, torna-se necessário

oferecer aos pacientes uma lista completa de todos os medicamentos a serem utilizados em casa, registrar as evidências da reconciliação medicamentosa realizada entre os medicamentos utilizados no período pré-internação com os utilizados na internação (KRIPALANI *et al.*, 2007a, p. 318).

A articulação entre os diferentes níveis de atenção é entendida como ação fundamental para a garantia dos cuidados em saúde, e, dentre eles, a terapia medicamentosa. Para Mattos (2004), além da garantia do acesso, é necessária a garantia do acesso de forma integral.

Portanto, uma coisa é defender o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde se façam necessários, o que, numa rede regionalizada hierarquizada, pode assumir a forma da defesa ao acesso a todos os níveis de atenção do sistema de saúde. Outra coisa igualmente importante é defender que em qualquer nível haja uma articulação entre a lógica da prevenção [chamemos por hora assim] e da assistência, de modo que haja sempre uma apreensão ampliada das necessidades de saúde (MATTOS, 2004, p. 1412).

Apesar do comprometimento dos profissionais em garantir a continuidade do cuidado para o paciente em alta, essa fase, assim como as demais, apresenta-se de forma fragmentada. Em alguns casos, os pacientes recebem orientações apenas sobre medicamentos utilizados para um determinado problema de saúde:

Normalmente a prescrição que sai daqui é só pra dor. Igual por exemplo, agora eu tenho alguns casos. Por exemplo, tem paciente vai retornar. Aí, por exemplo, paciente que vai fazer uma cirurgia. Aí ele vai fazer cirurgia daqui a 30 dias. O médico opta por dar a alta pra ele e ele continuar tomando a medicação pra retornar para a cirurgia. Aí sim, aí ele toma um antibiótico ou alguma coisa, ou um anticoagulante tipo assim que fosse servir pra cirurgia. Agora quando é alta que vai ter retorno só ambulatorial, não! (EN03)

Eu acredito que é mais pelo que o paciente já vem usando no hospital mesmo, que ele vai pra casa. (FA04)

Consulta o posto antes? “Não, não é consultado”. Eu trabalhei em posto seis anos então eu sempre falo com eles os que têm e que não tem. Já falo pros acompanhantes esse tem e esse não tem. Então assim, eu já sei mais ou menos os que vai e os que não vai mas não é consultado não. (TE13)

Nota-se a existência de uma prescrição de alta que não contempla os problemas de saúde para os quais seriam indicados medicamentos. A prescrição e o fornecimento de alguns medicamentos acentuam a fragilidade da continuidade da assistência.

Cuidadores e pacientes tentam responder à responsabilização de cuidar da farmacoterapia no momento pós-internação de maneira atuante:

A gente vai tentar, certinho os horário. Tudo direitinho pra num alterar nada. Entendeu? A dose certinha, porque eu sei que a gente em casa, a gente costuma facilitar com remédio! A gente costuma exagerar, diminuir, entendeu? Por conta da gente! Mais no caso dele é melhor acompanhar direito! Porque o caso dele é um caso muito sério! Ele num tá falando, ele num tá andando [...] então a gente tem que seguir o que o médico falar, entendeu? (C05)

O relato testemunha uma prática comum de vários usuários no cotidiano domiciliar, que é agir por conta própria sem seguir prescrições corretamente, e o quadro clínico do paciente é motivo de tentar fazer o certo, dar a dose e seguir os horários conforme orientação. A alta marca o término dos cuidados hospitalares e a continuidade dos cuidados farmacoterapêuticos em outras instâncias de cuidados.

Verifica-se nessa categoria que em diferentes momentos os medicamentos ganham maior ou menor projeção nos cuidados ao paciente e se constituem uma das estratégias para os cuidados no âmbito hospitalar. Para o profissional de saúde, a internação é vista de forma mais sistematizada: ele atende o paciente e lhe oferece os cuidados necessários. A sua função termina no momento da alta hospitalar, mas, nem por isso, deixa de ter dúvidas em relação à continuidade do cuidado no período pós-alta. Já o paciente, este tende a retomar a responsabilidade com os medicamentos, que havia sido vivenciada no período que antecedeu a internação, o que caracteriza a internação como um momento isolado dos cuidados farmacoterapêuticos. Ao considerar os diferentes atores que se encontram envolvidos na garantia do acesso à farmacoterapia da internação à alta hospitalar, identifica-se um acesso heterogêneo, permeado de valores, relações e subjetividades. Entende-se que a finalização desse processo ocorre na alta hospitalar, quando a resolutividade dos cuidados hospitalares conduz o paciente a retomar o seu caminhar na rede SUS conforme as suas necessidades de saúde.

4.2 A (des)continuidade da farmacoterapia

Após a alta hospitalar, espera-se que pacientes, cuidadores e profissionais da APDS deem continuidade aos cuidados farmacoterapêuticos recebidos no âmbito hospitalar, porém o que se verifica é um acesso descontínuo e fragmentado. Questões socio-organizacionais que compreendem o horário do funcionamento dos serviços, falta de disponibilidade dos profissionais de saúde, desabastecimento de

medicamentos e dificuldade do uso destes pelos usuários contribuem para a descontinuidade da farmacoterapia.

Os profissionais relatam a falta dos medicamentos no período pós-alta e a dificuldade financeira dos pacientes em adquiri-los:

E porque também muitas vezes a gente tenta passar aqui a medicação que encontra na rede. A população além de idosa ela é carente, muito das vezes não vai conseguir comprar a medicação. Então assim, se tem algum problema no fornecimento do posto, é mais um motivo pra eles não tomarem. (ME10)

Aí a gente orienta, quando eles perguntam a gente fala que eles podem tá pegando no posto de saúde, se não tiver no posto de saúde aí a família tem que adquirir a medicação, que aí é o que é o difícil! Porque os nossos pacientes a maioria são carentes, então a maioria não tem condição. (EN06)

Os profissionais relatam prescrever no momento da alta hospitalar medicamentos padronizados nos municípios dos pacientes e orientar os pacientes que procurem o posto de saúde para consegui-los. Mostram-se cientes da carência financeira dos pacientes e da dificuldade por parte destes de aquisição de medicamentos, quando esses não se encontram disponíveis na UBS, e falhas no acesso à farmacoterapia.

Pacientes informam que as principais fontes de aquisição dos medicamentos consistem na UBS, onde o acesso está diretamente relacionado à apresentação da prescrição médica, e na compra em Farmácias Comunitárias, além do programa Farmácia Popular:

A receita eu já tinha lá. Toda vez que eu consultava, me dava a receita [...] pra mim pegar o remédio no posto de saúde. Eu dava a receita pra ela, ela ia no posto, pegava o remédio e trazia pra mim. (P2)

[...] que esse medicamento me parece que o centro de saúde fornece [...] Então não tinha assim problema em adquirir esse medicamento não! (P11)

E aqueles mais caros são comprados. Às vezes tem que diminuir “até na carne” [risos] pra comprar os remédios porque num pode ficar sem os remédios! (P16)

Ah eu arrumava, um Bocado eu arrumava no posto, um Bocado, a gente até comprava também! Comprava com o dinheirinho que a gente ganha, que é pouco, porque é do meu esposo que ele deixou pra mim, é a pensão dele. Eu ia comprar, dava pra mim comprar o remédio. Alguns não faltava lá no posto. Às vezes não tinha e aí eu tinha que comprar. (P7)

Eu passei na Drogaria XX e na farmácia popular, tinham três na farmácia popular. Eu não paguei nada e só paguei o varfarina, que era um anticoagulante, o único que eu paguei, o resto tudo ganhei lá na Farmácia Popular. (P14)

Mais esse aí não, e o ipatropio teve que comprar. O esfenoterol compramos, e uns outros aqui o sinvastatina diltiazem está 12,50. Compro duas caixas 25 reais, então é, tem alguns medicamentos que infelizmente, não foram todos, a gente não encontra e ele não pode ficar sem medicamento, se não tem que voltar pro hospital. Isso que a gente não quer de forma alguma! É, vamos seguindo na forma que a gente é consegue em casa com ajuda, ou então com o IPSEMG [Instituto de Previdência dos Servidores do Estado de Minas Gerais], com sinalzinho, etc. E a gente vamos na vida [...]. (P5)

Embora a UBS seja referência para a aquisição dos medicamentos, o seu desabastecimento ou não fornecimento, principalmente daqueles de maior custo, leva à procura de outros meios de aquisição. As Farmácias Comunitárias Privadas tornam-se, assim, o principal estabelecimento para a aquisição do tratamento farmacológico. Tal fato causa impacto no orçamento familiar, por fazer parte das despesas mensais, sendo que para alguns afeta o suprimento de necessidades básicas.

Corroborando com esses resultados um estudo, em duas regiões Minas Gerais, que identifica que a farmácia comunitária privada atende mais os pacientes que as unidades públicas devido à pouca disponibilidade e descontinuidade de oferta dessas últimas (GUERRA JÚNIOR *et al.*, 2004).

Outro estudo foi desenvolvido com idosos na região Sul do país: metade da amostra recebeu pelo menos um dos medicamentos pelo SUS, enquanto a outra metade precisava comprá-los (AZIZ *et al.*, 2011).

Tal experiência apresenta-se como um acontecimento comum, ressaltando a dificuldade de acesso, conforme já abordada, o que não é um desafio que ocorre apenas em nível nacional, mas também em toda a cadeia de suprimentos do contexto mundial. Há um contraste nos países ricos e nos de baixa renda: enquanto, nos primeiros, mais de 70% dos remédios consumidos recebem financiamento público, nos demais, os próprios pacientes pagam entre 50 a 90% por eles, o que faz com que grupos menos favorecidos empobrecam ainda mais (HUNT; KHOSLA, 2008). Esse fato, embora tenha sido constantemente enfrentado há algumas décadas, continua sendo um desafio que contribui para o aumento da inequidade em saúde.

Em alguns casos, a dificuldade financeira leva à interrupção do tratamento:

Agora, eu fiquei sem remédio uns dias, que eu fiquei esperando receber e o remédio, inclusive o marevan que ele é um remédio que você num pode parar. Aí eu fiquei sem ele acho que uns quatro dias só, mas fiquei. Tem dia que a gente não tem o dinheiro, o remédio é comprado, a gente não tem o dinheiro e ainda não está nos dia de receber! Que eu sou aposentada e a gente tem que esperar dá aquele dia que receber [...]. (P16)

Olha vem e fico assim com a ideia de deixar uma coisa pra comprar outra! Por exemplo, eu já deixei de comprar o meu pra comprar pra ela! Ou então às vezes ela toma do meu, sinvastatina, por exemplo, eu tomo e ela toma. Se ela num tiver eu tenho que tirar do meu pra dar pra ela. (C04)

Ah, num sei o que eu vou fazer! Que ela é aposentada, mas o tal dinheiro dela num tá dando pra nada! Também, eu também tenho diabetes passo muito assim, muita dificuldade também! (P6)

Eu fico pensando, Tem algumas pessoas não conseguem fazer nem que seja “junta junta” dentro de casa e comprar!!! Infelizmente é o caso que tá acontecendo, eu pensei que realmente eu iria encontrar todos os medicamentos, já que é de grande importância pro meu pai respirar. Respirar ter essa circulação boa, né? (C07)

A necessidade de uso aliada à falta de acessibilidade e à impossibilidade da compra geram preocupação aos sujeitos, os quais pensam que os medicamentos estão disponíveis, já que são imprescindíveis para a manutenção da sobrevivência dos pacientes e sem os quais se pode inferir a consequente reinternação hospitalar. A necessidade do tratamento medicamentoso para cada um anda na contramão de sua situação financeira, resultando ou em uma impotência frente à situação ou em negociações para minimizar a falta do acesso.

Considera-se, também, que a condição financeira influencia não só na aquisição de medicamentos:

É a mesma coisa. Vamos tentar vê se a gente consegue. O que a gente conseguir vai ser muito bom, porque aí a gente não vai precisar de comprar. Agora, o que a gente não conseguir a gente vai ter que comprar, porque além dos remédios, ele vai ter que usar fralda, ele vai ter que usar um muncado de coisa! (C9)

Às vezes num acha ambulância e tem que pagar carro pra levar. Essa última vez teve que pagar carro. Mas tá sendo assim muito difícil pra nós! (P6)

O impacto econômico dos cuidados a serem dispensados fora do hospital é uma barreira para a garantia do acesso, para além da compra de medicamentos. Após a solução do problema que indicou a internação do familiar, outros se apresentam devido às novas condições de saúde do paciente, e a imposição de novos custos nem sempre previstos passa a fazer parte do dia a dia dos pacientes e de cuidadores no período pós-internação.

Afirma-se que o custo com medicamentos não deveria representar uma porcentagem da renda que impedisse a sua compra ou que exigisse que o usuário abrisse mão de outros produtos básicos para conseguir comprar aquilo de que necessita (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 2009). O cotidiano

mostra que essa é uma forma idealizada de relacionar orçamento familiar e atendimento a uma necessidade afetada.

Há, entretanto, outras formas de aquisição, mencionadas pelos profissionais frente à experiência de alguns pacientes:

Na rede, assim, ele vai conseguir se ele comprar! Ou na secretaria de saúde de repente, com uma outra via, que aí já entra uma via judicial. (FA02)

Mas, nas cidades vizinhas você tem uma lista que não atende a tudo! Quando você precisa de uma medicação é caminho judicial ou então o paciente acaba comprando a medicação mesmo! (ME10)

Alguns ficaram de fora, o Ministério da Saúde não compra. Só que tem pacientes que não tem outra possibilidade de tratamento, ele precisa desses medicamentos que são a última opção de tratamento que ele tem ainda viável, mas é a última opção, e o sistema não disponibiliza. Aí eu tenho que fazer o relatório mais completo possível, provando com exames, com história clínica e tudo mais que o paciente precisa daquele medicamento, que é a única solução que ele tem e que se ele não tomar aquele medicamento ele vai morrer. Aí entra com processo judicial e acaba conseguindo. Já aconteceu. (ME12)

Dessa forma, a via judicial é uma alternativa a ser acionada frente à necessidade e à falta de fornecimento pelo governo federal ou municipal.

No contexto democrático contemporâneo, o fenômeno da judicialização da saúde expressa reivindicações e modos de atuação legítimos de cidadãos e instituições, para a garantia e promoção dos direitos de cidadania amplamente afirmados nas leis internacionais e nacionais. O fenômeno envolve aspectos políticos, sociais, éticos e sanitários, que vão muito além de seu componente jurídico e de gestão de serviços públicos (VENTURA *et al.*, 2010, p. 78).

Entretanto, os próprios autores ressaltam que a via judicial não deve ser entendida como o único e principal mecanismo de acesso aos medicamentos. O que se almeja é um conjunto de ações e diretrizes constitucionais que garantam a melhoria desse acesso.

Para além da aquisição, outros fatores apresentam-se como complicadores:

Eu só queria assim vê se eu conseguia aqui nesse hospital, um médico que me desse uma receita pra mim comprar esse cálcio. Eu não posso pagar 200 reais pra um ortopedista me dá um cálcio!!! (P14)

É [...] outra coisa, a medicação no nosso sistema de saúde só vai ser dispensada mediante prescrição. Seja uma medicação de dispensação via retenção de receita ou não. Obrigatoriamente tem que ter prescrição. E aí vai esbarrar no acesso ao profissional prescritor. Então às vezes existe o medicamento, mas não existe o acesso ao profissional. (ME12)

É aí a gente orienta que não tem jeito! Ele tem que buscar lá [Atenção Primária], que insistir nessa consulta e se o paciente estiver instável ele volta pra buscar o atendimento e aí a gente começa tudo de novo. Não é muito frequente isso não. Algumas vezes acontece porque o paciente sabe, já sabe disso! Ele já sabe, por exemplo, que não tem como eu atender ele aqui na enfermaria, sem ele estar internado aqui. E nem pode isso. Mas às vezes eles ficam, eles querem, por exemplo, uma receita. (ME14)

Consequentemente, a falta de acesso ao profissional responsável pela prescrição implica a inacessibilidade ao medicamento, uma vez que o profissional médico deve prescrever de forma gratuita, já que está se falando de um sistema público. Entretanto, parece não ser essa a experiência dos usuários, que, na ausência desse “médico prescritor”, além de pagarem pelo tratamento ainda pagam a consulta, o que favorece a iniquidade e um caminhar cíclico do paciente na rede, com provável retorno ao hospital em busca de solução para seu problema. Infere-se que isso pode gerar sobrecarga para os serviços de saúde e possível insatisfação do paciente por não ter a sua necessidade atendida.

Os serviços de especialidade e a atenção hospitalar de média complexidade tornaram-se, frequentemente, a verdadeira porta de entrada do sistema, atendendo diretamente grande parte da demanda que deveria ser atendida na rede básica, perdendo-se tanto a qualidade no atendimento primário quanto no acesso da população aos tratamentos especializados (quando verdadeiramente necessários), representando, além disso, ampliação ineficiente dos gastos do SUS (BRASIL, 2007b, p. 20).

Associada à dificuldade do acesso ao médico, no período pós-internação, os entrevistados relatam a dificuldade de acesso aos demais serviços de saúde:

Lá onde eu onde eu moro é meio difícil!!! Aí eu ia pra uma cidadezinha vizinha [...] (P7)

Ela veio pra cá pra ir no posto, porque lá num tem muito recurso!!! Lá num tem recurso assim, de médico, tudo que vai fazer tem que ser pago! E como ela recebe só um salário mínimo, num tem condições. Porque todo exame que vai fazer tem que pagar. Aqui, graças a Deus, ele abriu as portas que num precisava pagar exame. (P8)

Mas eu acho que é muito pobre a nível de centro de saúde. Então quando você encaminha o paciente pra centro de saúde o paciente já fica triste, “ah não doutora! você tá pedindo pra eu ir, mas assim eu não vou conseguir ir lá pro controle!!!!”. Mas eu também não vou conseguir ter o controle dele aqui! (ME14)

É difícil isso. E a outra coisa que eu quero ressaltar é o seguinte: ela tá uma consulta com a oncologia. Já foi marcada essa consulta, duas semanas atrás. E é urgência! E até hoje não tem, posição nenhuma! Estou levando ela pra casa esperando essa consulta, tá até os papel aqui. Já tá cadastrada, lá no PAM [Pronto Atendimento Médico] só que até hoje num saiu. E é uma coisa de urgência e não saiu até agora! Tem que esperar! Então é isso aí. (C04)

Dificuldades no acesso a determinadas tecnologias, como a realização de exames nos níveis de atenção primária e secundária, comprometem a realização de diagnósticos, o que gera a espera por parte do paciente, ou a busca por UBS de outros municípios, ou pela de alta complexidade. Mesmo com a disponibilidade do medicamento no sistema público, a sua aquisição pode estar comprometida devido à dificuldade de se obter o diagnóstico, de se obterem resultados de exames que propiciem o monitoramento clínico e, como já discutido, de se obter a prescrição no momento necessário.

Em vez de focar apenas no acesso a medicamentos, a atenção deve ser dada também ao tratamento. Este conceito refere-se à forma como os sistemas de saúde podem garantir o acesso a outros fatores que também afetam o atendimento ao paciente e os resultados. Esses elementos podem incluir a disponibilidade de ferramentas de diagnóstico e a presença profissionais de saúde treinados que são capazes de interpretar os resultados dos exames laboratoriais, formular tratamentos e encaminhar pacientes para atendimento especializado. Este processo se vê ocorrer em um sistema de saúde com infraestrutura adequada e necessária para garantir o abastecimento contínuo de medicamentos e a continuação dos cuidados para as condições crônicas (BERAN; MCCABE; YUDKIN, 2008, p. 649).

Os profissionais também relatam que falhas no referenciamento e contrarreferenciamento comprometem a continuidade do cuidado e, consequentemente, a farmacoterapia:

A partir do momento que o paciente sai daqui isso já vai se perdendo um pouco. Então não é uma completude como deveria ser a política do SUS!!! (FA08)

É [...] isso aí é uma coisa que às vezes acontece! Como a gente vai ficar um período curto de tempo com o doente, se o paciente tem um tempo e tem um vínculo com médico dele de muito tempo, muitas vezes ele vai respeitar aquele tipo de tratamento. Eu trato muito paciente de asma e já peguei gestante com insuficiência respiratória porque o obstetra mandou ela parar de tomar os remédios que tava usando pra asma. (ME10)

É [...] a gente não tem essa questão da referência e contrarreferência, então é um tiro no escuro mesmo! Porque a gente sabe que às vezes é difícil o acesso!! (ME11)

A falta de um processo referência-contrarreferência formal do paciente, principalmente em relação aos aspectos da Assistência Farmacêutica não garante a continuidade da farmacoterapia, o que pode gerar falhas no tratamento e possível necessidade de reinternação hospitalar. A dificuldade do estabelecimento de vínculo com o paciente durante a internação associada às dificuldades em se realizar uma

contrarreferência contribuem para as fragilidades vivenciadas no período pós-alta hospitalar.

Malta e Merhy (2010) discutem o papel da instituição hospitalar no referenciamento do paciente na rede de cuidados. Os autores apresentam a internação como uma oportunidade de fortalecimento da autonomia do paciente, de modo que, no processo de contrarreferenciamento, os profissionais da Atenção Primária à Saúde responsáveis pelo cuidado do paciente participariam do processo de internação, na definição de fluxos, na discussão de protocolos e na condução de condutas terapêuticas, de modo que o usuário sujeito fosse valorizado.

Para completar esse quadro já descrito, ainda é necessário que os médicos sigam normas básicas de prescrição para garantir a dispensação:

Outra coisa que aconteceu, eu coloquei a dosagem do medicamento era até uma amoxilina com clavulanato, eu coloquei uma dosagem, e o profissional da farmácia que atendeu não entendeu qual que era a concentração que eu tinha colocado. Então é como se fosse eu 500 mg por 10 ml, aí eu coloquei 50 mg por ml, aí quem atendeu falou não, não existe esta apresentação, volta no seu médico. Na verdade era uma questão matemática, 50 ml por ml, 500 mg por 10ml. E a paciente não conseguiu comprar o medicamento por causa disso. (ME12)

Você passa medicamento fracionado e não tem, por exemplo, formoterol mais budesonida, e ele vai ter que comprar um Seretide. Então muitas vezes ele volta e a gente tem que prescrever! (ME14)

É necessário que o profissional responsável pela dispensação esteja habilitado a entender a informação médica, pois a incompreensão da prescrição pode desencadear o não fornecimento do produto para o cliente/usuário ou um produto diferente do prescrito e a continuação do caminhar do usuário na rede.

Para a garantia da medicação adequada, são necessários serviços médicos acessíveis e de gestão adequada, o que envolve seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição, logística, realização da prescrição adequada e o uso racional pelo paciente (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 2009).

Porém, as faltas vão continuar e a reinternação é um acontecimento provável:

E o processo começa do zero de novo! Até conseguir chegar na fase terapêutica. E a quem que esse paciente vai recorrer quando isso acontecer? Ele vai voltar pro hospital! Não é uma indicação de internação, mas ele tá exposto ao risco! Então ele fica “desvarrido” nesse sentido! (ME12)

Quando acaba o remédio não tem como comprar e ele fica sem. Aí então descontrola! Uma ICC que vinha bem, fica uma semana sem diurético, acabou! Aí ele vai internar aqui. Aí ele fica mais 10, 15 dias no hospital. Aí ele precisa aumentar a dose, mas não tem como ele fazer isso sozinho! Então eu acho que nós estamos muito pobres! (ME14)

Por meio da descontinuidade da farmacoterapia, a falta de medicamento e ou o uso incorreto do mesmo pode ser que ocasione uma futura reinternação dos pacientes. Nesse contexto, ocorre um processo cíclico, em que o período pós-alta pode desencadear futuras reinternações, o que faz dele um processo “pós-pré (re)internação hospitalar”.

Assim nesse processo, algumas ações buscam relativizar o problema. O hospital tem como rotina fornecer antimicrobianos injetáveis para pacientes que necessitam continuar o tratamento no âmbito domiciliar:

Então ele tá usando meropenem, só tem como usar venoso. Então tá usando de 8 em 8 h, e então o PAD [Programa de Atenção Domiciliar] não vai poder aplicar por que só aplica de 12 em 12 horas, e às vezes a gente é questionado porque que não dá alta pra ele!! Porque tá usando esse antibiótico! (ME12)

Quando eu dou alta na sexta-feira ou no final de semana, aí é interessante que o paciente leve o medicamento até na segunda feira, porque senão, se ele não tiver em casa, ele vai ficar sem aquele medicamento. (ME12)

Eu não sei que horas que eu vou chegar lá! Eu não moro muito pertinho daqui! Chegar lá já tarde [...] Mas agora amanhã com fé em Deus eu já vou continuar os remédios de novo!!! (P3)

Como os horários de funcionamento da UBS e do PAD podem não coincidir com a prescrição ou a alta, garante-se a medicação por alguns dias para não comprometer a sua continuidade. Há, também, algumas ações não normatizadas para que a farmacoterapia cumpra sua função, como ficar com o paciente internado além de um tempo indicado e dar alta no fim de semana, o que lhe assegura o fornecimento de medicação por mais um tempo. Muitas vezes isso não impede a falta de acesso, devido à distância a ser percorrida entre o hospital, a sua moradia e a porta aberta da UBS, mas “amanhã é outro dia”.

Entretanto, além das questões relacionadas à organização dos serviços, a descontinuidade do tratamento ocorre também por questões próprias do usuário, que vão desde o desconhecimento da necessidade contínua dos medicamentos ao seu modo de uso, que geralmente refletem a dificuldade de adesão à farmacoterapia:

Primeiro, a maioria dos pacientes aqui tem um nível socioeconômico muito baixo, então assim, eu vejo que a maioria deles eles não conseguem ler e compreender a forma correta de usar a medicação. Segundo porque assim, o próprio fato de tomar remédio piora a qualidade de vida da pessoa. Paciente com mais de uma doença acaba gerando confusão, mesmo tando claro na receita, eles sempre referem que eles confundem. (ME10)

Só que na hora que chega lá fora, é spray inalatório. É eficiente, mas se ele não usar certo não vai ter efeito nenhum! E aí? Ele vai ser assistido lá? Alguém vai ensinar pra ele a técnica? Alguém vai parar pra ensinar pra ele como é que usa? Ou vai simplesmente dispensar o medicamento pra ele se virar depois? Então essas coisas que ficam soltas e que a gente não tem como chegar até lá, a gente não tem perna pra isso! (ME12)

Ah, tomava não. Igual eu te falei. Tudo descontrolado!!! (P6)

Os profissionais identificam dificuldade por parte dos pacientes em relação ao entendimento da prescrição, que se agrava quando eles necessitam de tratamento farmacológico para mais de um problema de saúde, podendo gerar o uso descontrolado da medicação. O uso equivocado de medicamentos piora a qualidade de vida dos usuários, os quais têm que apreender: para que serve, de que forma é usado, em qual hora deve ser tomado, sem confundir qual, para não influenciar na sua efetividade. A prescrição e a dispensação têm que envolver informações que muitas vezes vão além do prescrito e, por isso, necessitam de ações educativas e acompanhamento contínuo.

no entanto, existe um grande distanciamento entre a Assistência Farmacêutica básica legalmente estabelecida e a AF básica real dos municípios brasileiros. Os problemas encontrados vão desde o desabastecimento de medicamentos essenciais e má conservação deles no processo de armazenamento até a ausência total de orientação ao usuário quanto à utilização correta desses produtos (OLIVEIRA; ASSIS; BARBONI, 2010, p. 3566).

A falta disso vai influenciar sobremaneira a descontinuidade no uso:

Ah eu sei que ela usava, mas diz que ela não usava todo dia não! Assim, a irmã dela que falou! (P12)

Só isso! Eu não tinha horário certinho, ficava tomando 10 horas da noite e nove horas da noite, porque eu chegava muito tarde pra jantar quando estava em casa. (P13)

Inclusive ela tava tomando um medicamento que ela não podia tomar. Agravou mais o problema dela. Agravou muito mais o problema dela!!! (P6)

O uso de medicamentos não indicados para o problema de saúde e as mudanças nos horários de administração caracterizam a fragmentação da farmacoterapia. Entende-se que, ao não reconhecer o motivo da indicação do medicamento, o sujeito também desconhece a necessidade de utilizá-lo, o que resulta, conseqüentemente, na baixa resolutividade.

Diferentemente desse paciente que está colocado no nível mais elevado do sistema, aquele que ultrapassa a porta de entrada da unidade básica, ao fazer essa ultrapassagem entra portando todos os conflitos sociais colocados ali dentro. Portanto, esse lugar é a porta de entrada do sistema, seja PSF [Programa de Saúde da Família] ou unidade básica, é um lugar de desordem permanente (BOTAZZO, 2010, p. 395).

A descontinuidade da farmacoterapia caracteriza-se pela dificuldade em adquirir os medicamentos prescritos fornecidos pelo SUS e pela incompreensão por parte dos usuários da maneira como utilizá-los e da necessidade de sua utilização. É como se o paciente se sentisse “perdido” na rede em relação aos caminhos a serem percorridos no âmbito da assistência farmacêutica ou que esses não fossem suficientes para garantir o acesso aos medicamentos essenciais, o que leva a um caminhar cíclico e, muitas vezes, sem atingir a sua finalidade.

4.3 Informação como estratégia de acesso à farmacoterapia

Uma das estratégias essenciais para proporcionar tanto a melhoria ao acesso à farmacoterapia como a garantia da continuidade do cuidado durante os períodos de transição do paciente na rede é a informação, entendida nesse estudo de forma mais ampla, ou seja, no sentido de conhecimento, participação, comunicação.

Como os usuários entrevistados relatam utilizar os serviços das UBS, espera-se que essas sejam o local, onde, além da aquisição dos medicamentos, possam receber informações adequadas para a sua utilização:

A enfermeira do posto me explicava tudo. Como é que tomava, como é que não tomava. Era tudo explicado, me explicava tudo, e marcava no papel, era tudo explicado! (P02)

Ah! Ela [moça do posto] explica pra minha filha como é e eu bebo! (P03)

Pra que que servia? Um falava assim: “tem um remédio que toma de manhã, em jejum”. Um falava assim “a senhora toma esse remédio, mas num toma em jejum não, toma um café, come alguma coisinha pra depois tomar o remédio”. O outro médico falou pra mim: “a senhora toma ele em jejum” [...] Aí falei tomando ele em jejum às vezes faz mais efeito! é? (P17)

Destaca-se que as informações são dadas, porém pode-se inferir que não há necessariamente uma apreensão por parte dos usuários sobre a questão de uso de medicamentos, quando, por exemplo, não conseguem dizer o nome dos que tomam. Além disso, profissionais diferentes podem dar diferentes informações, às vezes contraditórias, o que pode gerar confusão para o entendimento do procedimento.

Já no período de internação, quem assume a função de passar as informações são os profissionais do hospital:

Na ala que eu trabalho a gente já faz isso. Que a gente trabalha com os técnicos de enfermagem isso muito continuamente, da gente tá passando a informação de tudo que tá sendo feito pro paciente. (EN01)

Então assim a gente, observa que a farmácia faz tudo muito explicadinho, tipo assim: "você vai tomar isso aqui 10 horas, isso meio dia, isso tal hora", tudo muito explicadinho! (EN03)

O médico informa primeiramente, e se o remédio não tá fazendo o efeito desejado é comunicado com o paciente, esse primeira conversa para a adequação de novos medicamentos ao tratamento, e em seguida ele passa a enfermagem e ao iniciar a medicação do paciente a gente comunica "oh, o médico prescreveu tal medicação, por tal problema que o senhor tem", e assim que é, é transmitido ao paciente. (EN05)

Olha, eu faço a informação sobre o que ele vai usar, até quando ele vai usar, e porque que ele tá usando. Então, ainda que seja um medicamento de uso crônico. (ME12)

Durante a internação, qualquer profissional que entra em contato com os pacientes, de acordo com os relatos, é responsável pelas informações de farmacoterapia - como tipo, horário, possíveis efeitos, se há necessidade de mudança ou de nova adequação, período de uso e motivo -, o que, pelo próprio processo de trabalho cotidiano hospitalar, mostra-a sob a responsabilidade de médicos, enfermeiros e farmacêuticos. Há, inclusive, um trabalho contínuo com os técnicos de enfermagem em relação a uma prática informada sobre as ações desenvolvidas junto ao paciente, enquanto a farmácia responsabiliza-se por qual é o medicamento e o horário.

Entretanto, os profissionais reconhecem que essa ação não ocorre de forma contínua:

Quando se tem uma demanda e há pergunta da medicação, a gente pega e informa o que que vai ser tomado, por que que tá utilizando esse ou aquela medicação. Agora, quando o paciente não se interessa em perguntar o que que é, acaba que, se ele tá interessado em saber, você tem que falar com ele. (ME10)

É [...] Às vezes eu não explico então, por exemplo, uma aspirina, uma sinvastatina, essas coisas. Até porque pra gente isso já é tão habitual que às vezes a gente não se preocupa com isso. (ME12)

Acredito que não. Assim, a maioria dos pacientes tomam os medicamentos e nem sabem por quê. A não ser que eles mesmos procurem saber, a não ser se, em alguns casos específicos onde eles são acompanhados pelos serviços da farmácia e que num acompanhamento alguns desses medicamentos vão ser citados, ou não. Mas acredito que numa visão como um todo, a grande maioria acredito que não saibam pra que que tá usando. (FA08)

Ao afirmarem que a informação sobre a farmacoterapia ocorre mediante questionamento dos pacientes, os profissionais assumem que essa não é uma prática constante. Embora reconheçam que a maioria dos pacientes usa os medicamentos sem saber por que, não há uma preocupação em informá-los, ainda mais sobre aqueles que são habituais para quem os prescreve, mesmo que para o paciente não seja rotina tomá-lo. Pode-se inferir que, se o uso é de várias pessoas, qualquer um sabe para que serve, e, assim, para que informar? E, se o paciente quiser saber, ele vai perguntar, caso contrário, irá aceitar passivamente a medicação. Dessa forma, parafraseando Foulcault (2011), são os dóceis corpos que se submetem ao tratamento prescrito, o paciente assujeitado, sem histórias, valores e percepções próprios, contrariando, inclusive, a ideia de que “os pacientes podem ser mais bem informados sobre o uso eficaz de medicamentos por profissionais de saúde” (WHO, 2004b, p. 2).

Além disso, as situações em que pacientes e cuidadores questionam sobre medicamentos podem ser boas oportunidades para o estabelecimento do diálogo entre profissional de saúde e paciente/cuidador, pois gera compreensão das relações entre os diversos atores sociais.

Quando pensamos na assistência à saúde, vem-nos de imediato à mente a aplicação de tecnologias para o bem estar físico e mental das pessoas. Em geral a formulação é simples: a ciência produz o conhecimento sobre as doenças, a tecnologia transforma esse conhecimento em saberes e instrumentos para a intervenção, os profissionais de saúde aplicam esses saberes e instrumentos e produz-se a saúde. Precisamos considerar que a direção inversa também é verdadeira: que o modo como aplicamos e construímos tecnologias e conhecimentos científicos determina limites para o que podemos enxergar como necessidades de intervenção em saúde (AYRES, 2004, p. 84).

Garantir o acesso a medicamentos envolve entender as necessidades de cada paciente dentro de um contexto social e assumir as diferenças individuais como parte do cuidado. Thiede e McIntyre (2008) afirmam que o fornecimento de informações em saúde não deve ser um processo unidirecional quando o intuito for, além de capacitar pessoas, e desenvolver a sua liberdade de escolhas. Além disso, segundo os autores, a interface entre sistema de saúde e indivíduo proporciona a coesão entre as visões de mundo de duas esferas diferentes.

Entretanto, os pacientes relatam receber informações sobre sua farmacoterapia:

Ah, com certeza! Tinha umas equipes mais atenta que chegava e explicava direitinho: “esse remédio é pra isso!” Falava o nome do remédio e assim por diante. (P12)

Olha, sempre o médico lá no quarto que eu estava, ele falava [...] “ó, isso aqui é pra isso, isso aqui é praquilo”!, Sempre dava assim, uma orientação! (P15)

Elas falavam o nome dos remédios sim!! Agora pra que que era eu num sei, ela falava “to dando pra senhora, marevam”. Num é isso que chama?“ Tô dando senhora um outro negócio!”. É que pra gente, até pra mim também que é um pouquinho mais esclarecido, a gente tem dificuldade! Resumindo: a parte que é delas [enfermagem] aqui, elas fazem direitinho! Dá o remédio e num sei que que é passado pra elas, mais o nome de que está dando eles falam, agora, num ajuda muito a gente não! Porque também, num vai sabê!!!! (P19)

E elas já chegavam, aquelas atendentes, já davam o medicamento mais num falava assim não: “tô dando é pra isso e pra isso”. Não falam não! Eu, como acompanhante, ficaria assim [...] até mais satisfeito, mais presente se isso acontecesse [...] de fato! (P5)

Esse caso de detalhamento para o acompanhante infelizmente, não acontece!!! Não acontece!!! (C07)

A informação, quando fornecida, acontece em uma via de mão única, pode-se dizer qual é, para que serve, mas não há uma real apreensão por parte dos pacientes, que permanecem com suas dificuldades e dúvidas. A rotina de trabalho é pragmática, a administração ocorre no horário devido, mas não há tempo para além disso. Entretanto, a ideia de um “fazer informado” seria vista com satisfação, pois haveria um sentimento maior de presença, o que implica pensar em uma pessoa inserida em seu processo de tratamento.

Os projetos terapêuticos assim entendidos não são produtos da simples aplicação dos conhecimentos sobre a doença. Na perspectiva da integralidade, eles emergem do diálogo (e por que não falar da negociação) entre profissionais de saúde e os usuários dos serviços de saúde. A característica-chave para a existência desse diálogo é a capacidade de compreender o contexto específico dos diferentes encontros (MATTOS, 2004, p. 1415).

Espera-se, portanto, que a comunicação torne-se uma tecnologia a ser consumida na atenção à saúde em qualquer nível. Além de ouvir o outro, é necessário fazer com que haja interesse para que a mensagem seja efetiva:

O diálogo não é somente um método a ser utilizado com o paciente, é uma postura diante do mundo, e do conhecimento. O diálogo nos permite ver o mundo como um conjunto de possibilidades, de apreciar diversas formas de conhecimento (OLIVEIRA, 2011, p. 230).

Assim, ele torna-se um “elo” para a garantia do acesso aos cuidados em saúde e, dentre esses, para o acesso a medicamentos. Em relação à alta hospitalar, proporcionar aos pacientes informações sobre como obter, utilizar e a importância do uso correto é essencial para o sucesso da farmacoterapia:

Tem medicamento especial que é mais burocrático, que a gente não faz a orientação aqui, que eu acho que são coisas da Rede mesmo! Que eu não sei como que “ta” funcionando, e então é isso. Mas assim, em geral a gente orienta, talvez nem todos os pacientes, mas no dia que você está com mais pressa, não vai falar com cada um, mas eu acho que em geral, assim, eu não posso falar por todos, mas muitas vezes, ocorre a orientação. (ME11)

Só foi me falado que precisava de ter esses medicamentos, e uma coisa que foi colocada bem seriamente aqui: “se o seu pai não tiver o oxigênio em casa, nem que seja alugado, de alguma forma, não pode receber alta porque aqui ele tá com problema de oxigênio, e não tá conseguindo bombear direito” etc.” [...] Aí, primeira coisa ele foi ir nos lugares e ir apreçando. Realmente alugamos, o oxigênio. Só isso! O restante não, o restante era pra dá esses medicamentos “vai sê colocado na receita e vocês vão, dá pra ele esses medicamentos”. Não deu essa orientação de secretaria do estado, infelizmente não. (P6)

Agora também devido ao grande volume também de paciente que entram e saem aqui nem todos têm [informação]. (FA08)

O grande número de pacientes mais a sobrecarga profissional resultam na falta de tempo para falar com todos eles, mas, em “geral”, consegue-se dar alguma orientação para alguns, que parece ser inconsistente e descontínua. Assim, informações essenciais, como onde conseguir os medicamentos excepcionais, podem ser dadas ou não, pois a pressa para, talvez, cumprir o dia cheio, não permite que a orientação seja para todos. Como todos os pacientes entrevistados saíram em alta com prescrição de ao menos um novo medicamento, conhecer o local e as documentações necessárias em caso de fornecimento pelo Sistema Público, além de ser informado sobre os seus preços em caso de compra, tornam-se essenciais para a garantia do acesso aos medicamentos durante a transição do cuidado.

Informações incompletas ou imprecisas sobre o período da hospitalização podem contribuir para deficiências no processo de tomada de decisões nos demais níveis de cuidado, o que reforça a existência do monitoramento da relevância e a precisão do fornecimento de informações no período da hospitalização (KRIPALANI *et al.*, 2007b, p. 838).

Apesar de existente, o fornecimento de informações se apresenta incompleto em todos os níveis de cuidado. Isso pode contribuir para um menor entendimento do paciente em relação à farmacoterapia e a mecanismos de aquisição da mesma, o

que pode causar a não utilização dos medicamentos e comprometimento do quadro clínico do paciente. “O direito à saúde envolve a participação, o acesso à informação, a transparência, o monitoramento e mecanismos de responsabilização” (HUNT; KHOSLA, 2008, p. 111). Desse modo, entende-se que a informação não consiste em uma ação que pode ser fornecida mediante a disponibilidade de tempo do profissional, pois saber sobre si, seu adoecimento e tratamento é um direito humano e constitui um dos quesitos básicos para a manutenção da autonomia e equidade do usuário assistido.

O fortalecimento da comunicação não deve ser apenas entre profissional-paciente, mas deveria ocorrer, também, entre profissionais, para que haja melhor entendimento em relação a onde e a quem está se referenciando o paciente, que até a alta estava sob os seus cuidados. Orientações devem ser dadas a qualquer momento, em qualquer nível e por qualquer profissional, para se evitarem falhas nos diferentes processos de trabalho em saúde.

Pode ser observado no cotidiano do trabalho da farmácia que solicitação e liberação de medicamentos não padronizados é uma das rotinas que apresentam o maior número de falhas. Considera-se medicamento não padronizado aquele que não é considerado dentre os mais essenciais para os pacientes internados em um hospital e que não se encontra disponível no estoque da Farmácia Hospitalar. No local em estudo, para prescrever um medicamento não padronizado, normalmente o médico necessitava preencher uma ficha de solicitação e encaminhá-la à Farmácia por meio do técnico de enfermagem. Ao chegar à Farmácia, essa ficha é encaminhada ao farmacêutico, que realiza a análise da solicitação e, em caso de liberação, solicita a aquisição pelo setor de Compras. Dificuldades na informação relacionada a esse processo também foram identificadas:

Porque o que eu vejo é que em alguns casos ocorre uma interrupção grande no tratamento, por demorar num processo como um todo! Desde a folha chegar até a folha gerar um pedido de compra, até o medicamento chegar, sendo que às vezes o paciente tem a medicação em casa e ele poderia não interromper esse tratamento. Ou até mesmo é um paciente que tá no pronto socorro, que a gente não sabe se ele pode ficar aqui um dia, dois dias, e a gente vai comprar o tratamento pra ele e sendo que é questão de um ou dois comprimidos que ele vai usar e depois vai continuar usando em casa. Então assim, na verdade eu tenho esse questionamento se realmente a gente tem que comprar ou se vale a pena propor uma política pra que esse paciente traga a medicação. (FA08)

Eu acho que da farmácia é essa agilização dos medicamentos, quando, por exemplo, quando a gente prescreve medicamento não padronizado a gente tem problema com relação a vir esse medicamento, demora muito a vir esse medicamento. Eu não sei aonde que tá o erro, aonde que tá a dificuldade. Por exemplo, às vezes a gente faz solicitação de medicamento não padronizado. Faz o pedido, solicita, faz a solicitação e essa solicitação se perde! Eu não sei aonde perdeu, porque no sistema está gravado e eu entreguei para as meninas! Então eu acho que isso é uma coisa assim, a dispensação de medicamentos eu acho que ela falha. Principalmente não padronizado! (ME14)

Eu acho que o principal é essa questão do não padrão! Não tem jeito! Não tem jeito de saber se o paciente “ta” usando! Às vezes a enfermagem também vai, então, são vários vieses! Então a gente nunca sabe! Pra mim não me interessa, sinceramente, saber [...] O importante é que o medicamento chegue. Então assim, só que as vezes, aí fala que a folha não desceu e desceu, às vezes a folha realmente não desceu, as vezes tem que comprar! (ME11)

A ausência de conhecimento das normatizações estabelecidas para compra de medicamentos não padronizados influencia no processo de solicitação, encaminhamento da requisição, ausência de informação da realização da compra e da previsão de entrega, podendo comprometer o tratamento do paciente. Aliado a isso, há a norma que não permite medicamentos em uso no domicílio serem trazidos para o hospital, implicando um processo de compra às vezes demorado e como consequência a interrupção da farmacoterapia.

Questiona-se, portanto, se, dependendo do tempo de internação do paciente, em uso domiciliar de algum medicamento, não poderia haver uma autorização para que o paciente o trouxesse para a continuidade do tratamento.

Cabe ainda abandonar pretensões de comportamentos ideais de prevenção e proteção da saúde, para buscar, mediante a comunicação o diálogo, a compreensão e a negociação de entendimentos, bem como a reflexão crítica sobre as práticas sociais em saúde (RANGEL, 2007, p. 1384).

A falta de informação e a adesão do profissional médico aos medicamentos disponíveis na Relação Municipal de Medicamentos (REMUME) do município ao qual o paciente pertence também são consideradas barreiras:

Depende do médico. Eu acho que alguns têm essa consciência do que que tem na rede, do que ele vai dar pro paciente, se aquele paciente não tem condições de conseguir aquilo ele procura adequar o tratamento ao que tem na rede. Agora existem médicos também que não vão alterar e que ele [paciente] vai sair daqui com uma prescrição que ele não vai conseguir! (FA02)

No momento da alta, ao não prescrever os medicamentos fornecidos pelos municípios, o médico acaba por colocar barreiras que poderão comprometer o

acesso. Seria necessária uma maior apropriação em nível hospitalar sobre os medicamentos disponíveis na rede, informações relacionadas às possibilidades do paciente em adquiri-lo, para que a prescrição seja acessível.

Há outros fatores que podem afetar a farmacoterapia:

Ah eu acho que é isso aí. Tá no caminho certo mas eu acho que ainda falta! Tá chegando muita gente nova aqui no hospital que é a base de tudo e a gente tem que ter bom profissionais, profissionais qualificados, que é a base de tudo! Talvez isso pode ficar até um pouco falho porque hoje eu vejo que os profissionais desse hospital, não é que não querem! É que a maioria não sabe! (TE13)

E às vezes o profissional é recém-formado. Ele ainda tá aprendendo as coisas, então acaba passando despercebido algumas coisas que são importantes. (EN06)

A renovação do quadro de trabalhadores com a chegada de profissionais recém-formados causa impacto no processo de trabalho. Ao desconhecer informações técnicas sobre determinados medicamentos e sobre o processo de trabalho, a garantia do acesso pode ser comprometida.

Outro fator primordial consiste na compreensão do trabalho em saúde de forma integrada, incluindo a participação e os saberes de uma equipe multidisciplinar que garanta o cuidado integral. Articulando saberes, práticas, olhares diversos. E outro elemento consiste na garantia da formação adequada dos profissionais de saúde, investindo em educação e capacitação permanente (MALTA; MERHY, 2010, p. 599).

A informação apresenta-se como um tema complexo e que envolve diferentes processos de trabalhos em todos os níveis de cuidado. Elas permeiam não somente a relação profissional-paciente, mas também as relações interprofissionais. O acesso à informação é essencial para que seja garantido o acesso à farmacoterapia.

4.4 Acessibilidade possível

Diante das barreiras e ou desafios, os entrevistados também apontam as possíveis estratégias para facilitar o acesso à atenção à saúde. Preparação prévia da alta hospitalar, fortalecimento do processo de comunicação e referência - contrarreferência são algumas das propostas indicadas para a construção de uma possível acessibilidade.

Uma das ações realizadas pela instituição é a preparação prévia da alta hospitalar, entendida como um aspecto facilitador da terapia medicamentosa:

Eu faço questão absoluta, eu nunca mando embora um paciente se não tiver um familiar aqui. Então mesmo que o paciente esteja bem, seja o paciente jovem, vamos supor, eu peço sempre pra o familiar na manhã da alta venha pra conversar comigo. Exatamente pra amarrar isso, o que que ele vai fazer depois, como que vai ser, porque eu acho que você diminui muito as reinternações em função dessa questão e muitos problemas com relação aos medicamentos também. (ME14)

Geralmente a gente tenta fazer a preparação de alta com o familiar ciente pelo menos 24 h antes e a gente tenta assim fazer uma alta o mais breve possível. (ME14)

A alta hospitalar é um processo a ser realizado com antecedência e não apenas na hora de saída do paciente. É fato observável que ela não ocorre com todos os pacientes e nem há uniformidade na ação, porém se acredita que o contato prévio com o familiar é importante para a transmissão de informações que assegurem a continuidade do cuidado no domicílio e auxilia na minimização tanto da reinternação como de problemas da farmacoterapia.

Esse contato favorece o conhecimento de outras condições para além da doença:

Então eu procuro sempre perguntar pra família se tem condição e eu mais ou menos sei o preço e aí eles perguntam "quanto que é doutora?" Aí eu falo, e se eles falam que tá ok eu prescrevo aquele, se não, eu não prescrevo, mesmo que seja a opção número um. Como o caso de mirtazapina, por exemplo, a gente sabe que não tem na rede pública. Então às vezes o idoso vai se beneficiar, mas se a família não tem dinheiro pra comprar eu também não peço pra comprar. Que eu acho que não vai beneficiar! (ME14)

Então, tudo que a gente pode facilitar de antimicrobianos, do paciente sair do hospital e guardar o dinheiro para outras coisas que ele precisa, a gente faz! (ME11)

Em casos excepcionais em que o paciente não tem nem condição de comprar o medicamento, a diretoria analisa a liberação desse medicamento pelo hospital. E aí o pessoal da farmácia libera o medicamento pro paciente levar para casa. (FA02)

Em caso de necessidade de medicamentos não disponibilizados pelo SUS, o entendimento das limitações socioeconômicas das pessoas influencia uma prescrição que possa ser acessível, negociada com os familiares. Além disso, pode-se inferir que há um pensamento de rede de atenção verticalizada, quando o hospital assegura o fornecimento de remédios não disponibilizados pela atenção primária, mesmo que em casos excepcionais.

Essa ideia de rede de atenção pode ser confirmada:

Pra ele ser informado durante todo o processo e até em toda rede mesmo, quando ele sair. Não só entregar tá, “tem captopril pra você, ótimo! Te dou 50 comprimidos e volta aqui daqui um mês!” Não! Tem que ter um acompanhamento na rede, no posto, de informação, um acompanhamento dele lá fora. (FA02)

Assim, reafirma-se a informação como uma estratégia fundamental para o acesso. Deve, também, ser em rede e contínua, o que certamente facilitará o caminhar do usuário.

em relação à continuidade informacional, esta deve ser assegurada principalmente para grupos de pacientes crônicos, portadores de patologias complexas, idosos e população de baixa renda e que talvez pessoas jovens e saudáveis não tenham tanto interesse em manter um vínculo com uma fonte regular de cuidados (CUNHA; GIOVANELLA, 2011, p. 1036).

A informação contínua propiciaria ações que aguardam sair do papel para se tornarem uma prática cotidiana:

E eu tenho encaminhado todos os pacientes pra fazer controle no posto de saúde pra ver se diminui esse problema de [...] principalmente paciente que tem mais de quatro itens de prescrição numa receita. (ME10)

Então eu acho que talvez podia melhorar a orientação da alta pra alguns grupos! Mas eu acho que aqui tem que caminhar pra isso! (ME11)

Dessa forma, o encaminhamento e o contrarreferenciamento poderiam tornar-se uma realidade cotidiana a partir de ações simples, como o encaminhamento para a UBS, frente a casos complexos, porém com garantia de que o paciente, ao sair do hospital, esteja munido de informações que propiciem a continuidade do cuidado. O início poderia ser a partir de alguns grupos específicos de pacientes que apresentem maiores dificuldades, para depois se tornar uma prática comum que acompanhasse a alta hospitalar, pois

a prática sistemática de avaliação dos encaminhamentos para o centro de saúde poderia melhorar a qualificação das referências e promover utilização mais racional dos recursos especializados. Esforços deveriam ser empreendidos também junto aos demais profissionais da rede quanto à necessidade de garantir a continuidade informacional, requisito para a coordenação do cuidado pela Atenção Primária à Saúde (ALMEIDA *et al.*, 2010, p. 296).

Reafirma-se, então, a necessidade de o encaminhamento e o contrarreferenciamento tornarem-se realmente uma estratégia de comunicação e integração entre os profissionais-usuários-profissionais-serviços de saúde, para a busca de melhorias do acesso.

O fortalecimento da comunicação, entretanto, não deve ser apenas entre profissional-paciente-unidades, mas também entre os profissionais da instituição:

A gente recorre à enfermeira, que recorre ao médico e procura saber se tá certo, se dose tá certa, se é pra aquele efeito que a gente espera que seja, acho que tem esse respaldo assim quando a gente não sabe a gente perguntar o enfermeiro pra ele nos informar qual é, pra que o remédio serve, qual a função dele, aí consequentemente se ele não sabe ele procura o médico, procura esclarecer e repassa pra gente. (TE05)

A abertura ao processo de diálogo entre os profissionais é entendida como ação essencial para a promoção do acesso à farmacoterapia adequada. Por meio do incentivo ao diálogo, é possível evitar que ações baseadas em incertezas não sejam realizadas.

Nesse caso, implica-se que é necessário um trabalho em equipe tanto intra como externamente à instituição, que deve ser entendido como um conjunto de práticas individuais, ações e relações entre os níveis assistenciais, que requer um cuidado em saúde longitudinal, em uma linha de mão dupla que transpassa a rede entre a atenção primária em direção ao setor terciário e retorna (QUEIRÓZ; PENNA, 2011).

Mediante a necessidade do fortalecimento da comunicação interprofissional, conhecimento e uniformização dos processos de trabalho e acompanhamento da alta rotatividade de profissionais, o treinamento e ou capacitação é colocado como uma das possíveis estratégias que poderiam contribuir para a manutenção do acesso durante a internação:

Algumas medicações têm várias vias de administração, de posologia, de concentração. Algum conhecimento bem amplo a gente tem, mas tem alguns ainda que a gente tem dificuldade pra que serve, qual é a função, se pode ser associado a outras medicações. (TE05)

Então eu acho que assim que antigamente a gente tinha esses cursinhos [sobre medicamentos], mas depois parou. (TE13)

Os profissionais relatam que o investimento em capacitação interna na administração de medicamentos é uma das estratégias para amenizar as dificuldades dos técnicos de enfermagem em relação aos medicamentos e, assim, evitar possíveis erros. É necessário que a informação sobre o uso de medicamentos, antes de ser passada ao paciente, seja de conhecimento dos profissionais que os prescrevem, daqueles que os conferem, dos que os disponibilizam e dos responsáveis por ministrá-los.

Quanto à forma de propiciar conhecimento, principalmente para os responsáveis pela administração de medicamentos, a instituição em estudo já promoveu cursos de capacitação aos técnicos de enfermagem. Entretanto, devido a processos de reformulação interna e a inexistência de um profissional farmacêutico que possa ter uma dedicação específica ao treinamento e capacitação, não houve uma continuidade no oferecimento dos cursos.

Nesse contexto, a visão dos profissionais sobre a instituição diferencia-a em relação às demais, podendo limitar possíveis generalizações do estudo, porém propiciar a acessibilidade:

Por mais que tem todos esses problemas no serviço como um todo, o bacana eu acho do acesso aqui é que o paciente que vem aqui talvez ele vai ter o acesso que o paciente que vai num serviço particular não tenha. Eu falo no sentido de, não tenho nenhuma outra opção pra esse paciente que está aqui e os medicamentos aqui não atendam, então, pelo que eu presencio vai fazer de tudo pra que esse paciente tenha acesso a essa última opção. (FA08)

É um perfil mesmo do hospital, que é um hospital de ensino e que, teoricamente a mentalidade pessoal é diferente, assim que tem que informar. Eu acredito no corpo clínico, eu acredito na qualidade do corpo clínico daqui. (FA02)

Então eu acho assim que todo mundo tá envolvido, vê o paciente como um tudo aqui. Muito legal. Tem muita coisa pra melhorar, mas é muito legal. (TE13)

A característica de ser hospital de ensino caracteriza um diferencial positivo para a atenção em saúde, pois os profissionais se dizem mais envolvidos em relação ao cuidado do paciente, porém não está isento de problemas e dificuldades, como em outras instituições.

Isso implica uma diferenciação da visão dos familiares:

A gente já teve aqui nesse hospital mesmo! Eu já tive uma experiência há oito anos atrás com a minha mãe, que faleceu aqui. O meu marido, há cinco anos atrás que faleceu aqui no hospital e agora com meu pai que já mudou demais!! Ele [hospital] mudou pra melhor! Num mudou pra pior não! O atendimento, os médico, as enfermeira, as fisioterapeuta, as meninas tudo! Até as estagiária!!!! Tudo uma gracinha!!! Eu num tenho nada que reclamar!! (P9)

Do tempo que eu vi a primeira vez minha irmã aqui, eu tenho muito a elogiar esse hospital. Ela foi muito bem olhada, ela foi muito bem tratada [...] não recuperou porque não foi da vontade de Deus [...] Porque os médicos fizeram tudo, pelo menos a minha família no que precisaram, foram muito bem atendido! (P15)

As experiências anteriores permitem mostrar melhorias no processo de trabalho do hospital, mesmo que o desfecho não tenha sido o esperado. Percebe-se

que o processo de trabalho desenvolvido pela equipe, mesmo frente à situação-limite, é satisfatório, o que se mostra um diferencial ao se pensar nas questões de acesso.

Espera-se que as estratégias apresentadas, entre outras a serem pensadas, facilitem o acesso à farmacoterapia com continuidade do cuidado de forma longitudinal na rede de atenção. Extrapola-se, portanto, que, para se pensar uma acessibilidade possível, é preciso pensar em práticas integrais na atenção em saúde em qualquer nível de atenção em que os sujeitos se encontrem. Ou seja,

o que caracteriza a integralidade é obviamente a apreensão ampliada das necessidades, mas principalmente essa habilidade de reconhecer a adequação de nossas ofertas ao contexto específico da situação no qual se dá o encontro do sujeito com a equipe de saúde (MARQUES; MENDES, 2007, p. 1414).

Considerações finais



5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho possibilita compreender de forma mais detalhada as diferentes especificidades do acesso à farmacoterapia a partir do cotidiano dos pacientes e profissionais entrevistados.

Em relação ao paciente, apesar de se revelar como um sujeito “In” ativo, percebe-se que, por mais que ele construa o seu raciocínio lógico em relação aos medicamentos recebidos durante a internação e identifique e questione possíveis suspeitas de erros de medicação por parte dos profissionais, na maior parte do tempo o que se observa é o silenciamento desse sujeito. Não obstante a existência do raciocínio lógico construído a partir das vivências com medicamentos, não se identifica um espaço institucional formal no qual esse sujeito-usuário possa expressar as suas dúvidas e vivências em relação à farmacoterapia. Ou seja, não se identificam esforços por parte dos profissionais para valorizar as subjetividades dos pacientes em relação à farmacoterapia. Os profissionais, além de demonstrarem forte influência da formação biomédica, esperam um paciente passivo e silencioso. Mesmo nas situações em que relatam que os pacientes opinam e intervêm no processo de uso de medicamentos, não se identifica um incentivo ao diálogo.

Os questionamentos abrangem a identificação da história medicamentosa prévia e também aparecem centrados no medicamento-produto. Pacientes citam nomes sem apresentarem as suas experiências em relação à farmacoterapia, e os profissionais não demonstram explorá-la de forma plena.

Como a proposta deste estudo envolve o entendimento da acessibilidade, entende-se que essa contempla poder utilizar o medicamento de acordo com a identificação de necessidades, alcançando dessa forma a resolutividade. Essa definição envolve tanto a subjetividade dos sujeitos que o propiciam como daqueles que obtêm o acesso. Entende-se que a compreensão do sujeito acerca do que ele utiliza é fortalecedora da continuidade do acesso ao medicamento.

Ainda na internação, o que se sobrepõe é a tomada de decisão clínica baseada na resposta fisiológica do paciente, verificando-se um reflexo da ambivalência social sobre a qual estamos sujeitos a todo instante: ao mesmo tempo em que insiste em negá-la, em determinados momentos, o usuário passa de sujeito passivo a norteador do processo da farmacoterapia. Diante de diferentes manifestações, muitas vezes fisiológicas, ele passa a solicitar e negar o acesso aos

medicamentos. Apesar de nem sempre se manifestar, o paciente tem a sua opinião e os seus desejos em relação à terapia medicamentosa, de modo que o sujeito, na sua forma integral, acompanha o processo medicamentoso e se mantém calado e ou ativo, mediante a sua construção de valores.

Ressalta-se que, independentemente do profissional que coleta os dados referentes aos medicamentos utilizados no período pré-internação, a principal fonte de informação é o próprio paciente. Busca-se o medicamento utilizado, mas não se busca a experiência medicamentosa.

É necessário compreender que o processo de aplicação de tecnologias envolve a construção de mediações entre profissionais e pacientes. Enquanto profissionais de saúde, temos a capacidade de escolher, dentro de certas possibilidades, o que devem querer ser e fazer aqueles a quem assistimos e a nós próprios. A capacidade de intervenção técnica de um determinado profissional deve se articular com os demais aspectos que não contemplam apenas a utilização de tecnologias duras, o que envolve a desmistificação de um processo assistencial pautado apenas na manipulação de “objetos” (AYRES, 2004).

O estímulo à implantação de ações visando ao diálogo entre profissionais de saúde, pacientes e cuidadores contribui para a farmacoterapia durante a internação, assim como para a continuidade do cuidado nos momentos em que o paciente transita na rede de cuidados à saúde do SUS.

Falta de tempo e esquecimento são algumas das justificativas para a inexistência da identificação dos medicamentos utilizados no âmbito domiciliar de todos os pacientes internados na instituição. O profissional se revela com pouco preparo e tempo para realizar esse tipo de abordagem, o que pode ser entendido como um desinteresse por parte de alguns profissionais em realizar a abordagem. Há também uma sobrecarga de trabalho que não viabiliza a execução do trabalho em plenitude. A existência de profissionais sobrecarregados, com pouca experiência profissional e que apresentam alta rotatividade no local em estudo também contribui não somente para falhas na identificação da história medicamentosa dos pacientes no momento da internação, como para falhas no processo de referenciamento e contrarreferenciamento dos pacientes.

Os profissionais entendem que a transição do paciente entre os momentos pré- internação e internação pode ocasionar uma possível ruptura na continuidade do uso dos medicamentos do âmbito domiciliar. Esse fator pode ser decisivo para o

comprometimento do acesso a medicamentos utilizados para o tratamento de um problema de saúde diagnosticado no período da pré-internação, mas que não foi identificado durante a admissão do paciente no ambiente hospitalar.

Apesar da existência de um Serviço de Reconciliação Medicamentosa oficialmente implantado pela Equipe de Farmacêuticos da instituição, o mesmo se encontra incipiente. Ao consultar os documentos do serviço, verifica-se uma média de 15 pacientes acompanhados por mês, número que não contempla as necessidades reais da instituição. Diferentes profissionais, ao considerar a necessidade de conhecer a história medicamentosa dos pacientes, acabam de modo intuitivo identificando o uso de medicamentos anteriores ao momento da admissão e na alta hospitalar. Além disso, a não obtenção de informações relativas ao uso pregresso de medicamentos por parte dos pacientes pode propiciar o não tratamento inicial de determinados problemas de saúde com consequente fragilização do processo de cuidado.

A transição do cuidado é realizada de forma pouco padronizada, intuitiva, desarticulada, e não contempla todos os pacientes internados na instituição. A internação identifica-se como um marco na transição existente entre os cuidados dispensados na Atenção Primária e Domiciliar para os cuidados hospitalares e, apesar dos importantes avanços em relação ao incentivo do trabalho em rede, o hospital do presente estudo ainda se caracteriza com um nível de cuidado isolado dos demais.

Observa-se a incompletude do acesso à farmacoterapia durante a pré-internação, seja no próprio ato de adquirir o medicamento, que se reflete na ausência do oferecimento desse pelo SUS e necessidade da compra, seja pela falta de identificação da necessidade do uso pelo entrevistado, talvez decorrente da ausência de sensibilização sobre a importância do uso. É essa fragilidade que pode ser um dos desencadeadores da ocorrência da necessidade do atendimento hospitalar. Ainda no período pré-internação há uma passividade do sujeito por meio da ocorrência da “mecanização” do processo de uso. Evidencia-se aí a mecanização da medicalização, o que torna o seu acesso frágil podendo comprometer a resolutividade.

Diversas fragilidades existentes nos períodos pré e pós-internação contribuem para a descontinuidade da farmacoterapia. São elas: dificuldade em acessar tanto os serviços de saúde como os exames especializados; burocracia relacionada à

prescrição médica; desabastecimento dos medicamentos na cadeia de suprimentos da rede SUS; dificuldades financeiras para obter os medicamentos; dificuldade do entendimento da necessidade do uso e inexistência de interesse em utilizar os medicamentos. Esses fatores demonstram a complexidade do acesso à farmacoterapia, pois, sendo o medicamento uma das diversas tecnologias utilizadas nos cuidados em saúde, é necessária a articulação de diferentes atores sociais não somente para garantir a sua disponibilidade, mas também para garantir que o produto certo esteja disponível ao paciente no momento necessário. Além disso, é necessário que esse paciente identifique a necessidade do uso, busque pelo medicamento e o utilize, o que faz com que o acesso à farmacoterapia seja permeado por subjetividades de diferentes atores. A existência de um profissional que se responsabilize pelas orientações aos pacientes ainda no ambiente hospitalar, assim como pelos cuidados farmacoterapêuticos no período pós-alta, se torna importante ao qualificar o processo de informação. Também é necessário estimular a autonomia do sujeito e contribuir para o uso racional de medicamentos a partir das necessidades específicas de cada paciente.

Embora os pacientes relatem necessidade de compra nos períodos pré e pós-internação, principalmente em relação aos medicamentos de maior custo, a partir das falas não foi possível evidenciar se a indisponibilidade ocorreu devido a questões relacionadas à cadeia de abastecimento no âmbito da Assistência Farmacêutica no SUS ou ao fato de que normalmente os que são prescritos não fazem parte da REMUME.

A dificuldade do acesso a exames e atendimento por profissionais especializados não foi identificado no período da internação porque somente foram entrevistados os pacientes que receberam alta hospitalar e, necessariamente, atendimento médico no hospital. Como era necessário ter vivenciado o acesso nos diferentes níveis de cuidado, o próprio critério de escolha dos sujeitos se torna limitante, pois não permite o aprofundamento da correlação entre o acesso aos profissionais e exames na perspectiva dos pacientes que não conseguiram o atendimento hospitalar ao procurar o PS. Por outro lado, se a instituição segue a lógica da equidade no processo de atendimento e se a mesma funciona por uma lógica de PS, considera-se que os pacientes que necessitam do atendimento de alta complexidade não possuem o atendimento negado e, além disso, em relação aos pacientes efetivamente atendidos e entrevistados, identifica-se que a falta dos

exames, medicamentos e profissionais especializados não ocorre no âmbito interno da instituição.

A informação se revela como um instrumento-chave na acessibilidade, pois da mesma forma que pode se tornar um facilitador, ao proporcionar o conhecimento, a autonomia dos usuários e ser utilizada para a comunicação intra e interinstitucional, ela também se revela como uma importante barreira à farmacoterapia. Quando mal direcionada, pode proporcionar desencontros capazes de resultar em agravos à saúde dos pacientes.

Em relação aos aspectos facilitadores do acesso, a compreensão desses por parte dos profissionais e gerentes de saúde, assim como das barreiras e ou fragilidades do acesso à farmacoterapia, também identificadas neste estudo, pode se tornar um norteador para a implantação de ações que contribuam para a melhoria desse processo nos diferentes níveis de cuidado à saúde do SUS.

A escolha de 100% dos usuários idosos para a participação neste estudo não foi intencional, mas contribuiu para a compreensão das vivências em relação ao acesso por um grupo com perfil fragilizado, o que enriquece os dados deste estudo. O grande desafio de lidar com o cuidado de pacientes idosos não somente no ambiente hospitalar, mas também nos demais níveis de atenção, associado ao crescente aumento dessa população no contexto mundial fazem com que o acesso a medicamentos por esse grupo de pessoas esteja dentre os interesses políticos mundiais.

Em relação ao método de pesquisa, o fato de a pesquisadora ser funcionária do hospital possui um aspecto facilitador e outro dificultador. Como facilitador, considera-se a sua boa inserção no meio profissional, facilidade de entendimento dos relatos e capacidade de proporcionar uma relação harmoniosa no momento da entrevista, pois a pesquisadora tem uma intensa participação no cotidiano desses profissionais.

Como aspecto dificultador, considera-se que, além de pesquisadora, os profissionais também visualizam uma profissional da instituição, e isso pode dificultar a confiança em relação aos relatos. Com o intuito de amenizar esse aspecto, inicialmente foi realizada uma conversa esclarecedora sobre os objetivos da pesquisa e a função da pesquisadora, que também é farmacêutica contratada pela instituição. Foi esclarecido aos profissionais que ela estava exercendo o papel de pesquisadora e que, naquele momento, não estava exercendo a função de

farmacêutica, ou seja, não estava ali como funcionária contratada pelo hospital. Foram os entrevistados esclarecidos sobre o sigilo e a garantia do anonimato.

Embora a garantia do acesso esteja diretamente associada a questões de cunho econômico e político, os quais garantem o abastecimento e a distribuição de fármacos, essa também pode ser fortalecida a partir de ações que envolvam o processo de trabalho, a comunicação e os ideais de equidade e universalidade e integralidade propostos pelo SUS. Ao compreender que o mesmo paciente perpassa por diferentes níveis de cuidado e que o processo medicamentoso ocorre, na maioria das vezes, de forma crônica, o ideal de cuidado deve estar centrado além da ideia de oferta, mas também em ações que gerem continuidade.

Após a identificação dos resultados, aconteceram reuniões internas no hospital em estudo com o intuito de aprimorar os processos de trabalhos correlacionados com as “barreiras” identificadas. Foram realizadas reuniões com os profissionais farmacêuticos para discussão da rotina de medicamentos não padronizados, orientação aos pacientes no momento da alta, reunião com os diretores do hospital para apresentar uma síntese dos resultados obtidos e discutir as possibilidades de melhorias.

Como frutos dessas discussões, houve uma reformulação na rotina da instituição, ao ser disponibilizado o Formulário de Solicitação de Medicamentos Não Padronizados no Sistema Informatizado da instituição (APÊNDICE C). Foi elaborado pela Equipe da Tecnologia da Informação um relatório Informatizado, que pode ser gerado a qualquer momento pelo profissional farmacêutico, o qual informa sobre todas as solicitações de medicamentos não padronizados realizados pelos médicos (APÊNDICE D). Essas melhorias agilizam a identificação das solicitações pelo profissional farmacêutico e evitam o seu extravio, conforme pode ser identificado nas falas. Também, com o objetivo de fortalecer a comunicação interprofissional, o profissional farmacêutico passou a realizar uma evolução em prontuário informatizado (APÊNDICE E) em análises de solicitações de medicamentos não padronizados realizadas, realização da compra e disponibilidade do medicamento na Farmácia, o que evita atrasos no processo de se iniciar a terapia farmacológica ao paciente internado.

Em relação ao processo de alta, foi elaborada uma ficha de encaminhamento do paciente no momento da alta hospitalar (APÊNDICE F) que deve ser levada pelo paciente à Equipe de Atenção Primária à Saúde. O profissional farmacêutico passa a

fazer um contato telefônico com a Unidade de Atenção Primária em Saúde de referência do paciente em alta hospitalar e enviar cópia do seu encaminhamento por e-mail. A implantação dessa ficha ainda está na fase piloto, mas está sendo utilizada pelos Farmacêuticos Residentes da Equipe de Residência Multiprofissional em Saúde do Idoso. Espera-se que esse formulário de alta contribua para o referenciamento dos pacientes dentro da rede de cuidados e para a racionalização das prescrições, ao considerar os medicamentos mais indicados para o paciente atendido, os disponibilizados na rede, e o motivo da troca de medicamentos que eventualmente possam acontecer durante a internação hospitalar. A ficha possui também um espaço reservado para o registro dos dados subjetivos dos pacientes, em que dúvidas e dificuldades relacionadas ao uso de medicamentos também são relatadas.

Outra ação foi a criação de um informe sobre onde acessar os medicamentos no período após a alta hospitalar (APÊNDICE G), onde o profissional escreve dentro de cada desenho representativo do local de distribuição de medicamentos, o nome de cada medicamento a ser encontrado. Também foi colocado um aviso informatizado para o médico no momento da elaboração do receituário de alta. Esse recomenda o acesso a um *link* da intranet onde estão cadastradas listas de todos os medicamentos padronizados nos municípios para os quais o hospital é referência, além dos fornecidos pelo programa Farmácia Popular (APÊNDICE G). O intuito é incentivar a prescrição racional e viabilizar o acesso aos medicamentos distribuídos pelos municípios, embora não garanta a disponibilidade dos medicamentos no momento de procura pelo usuário. Após um mês de disponibilização das listas, foram identificados um total de 400 acessos, o que comprova a aceitabilidade da ferramenta por parte do corpo clínico da instituição.

O hospital está em processo de elaboração do protocolo multiprofissional de alta hospitalar. Espera-se que esse contemple os achados deste estudo, pois um olhar crítico para compreender as barreiras relacionadas ao acesso a medicamentos pode se tornar um norteador para a implantação de ações que contribuam para a melhoria desse processo.

Referências



REFERÊNCIAS

- ACURCIO, F. A. **Acesso a serviços e resultados na saúde de indivíduos infectados pelo HIV, em Belo Horizonte/MG, 1989-1994:** uma abordagem quantitativa e qualitativa. 1998. 323 f. Tese (Doutorado em Ciência Animal) - Escola de Veterinária, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 1998.
- ALBUQUERQUE, V. S.; GIFFIN, K. M. Globalização capitalista e formação profissional em saúde: uma agenda necessária ao ensino superior. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p. 519-537, nov./fev. 2009.
- ALMEIDA, P. F. de *et al.* Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 286-298, fev. 2010.
- ARBAJE, A. I. *et al.* The geriatric floating interdisciplinary transition team. **Journal of the American Geriatrics Society**, Malden, v. 58, n. 2, p. 364-370, feb. 2010.
- ASSIS, M. M. A.; VILLA, T. C. S.; NASCIMENTO, M. A. A. do. Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 815-823, 2003.
- AYRES, J. R. C. M. Care and reconstruction in healthcare practices. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 8, n. 14, p. 73-92, fev. 2004.
- AZIZ, M. M. *et al.* Prevalência e fatores associados ao acesso a medicamentos pela população idosa em uma capital do sul do Brasil: um estudo de base populacional. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 10, p. 1939-1950, out. 2011.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Tradução de Luis Antero Reto. 4. ed. Lisboa: Edições 70, 2008. 281 p. Tradução de: L'Analyse de Contenu.
- BARROS, J. A. C. de. Refletindo sobre a inovação farmacêutica e seus impactos no acesso aos medicamentos. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 955-959, jul./set. 2011.
- BERAN, D.; MCCABE, A.; YUDKIN, J. S. Access to medicines versus access to treatment: the case of type 1 diabetes. **Bulletin of the World Health Organization**, Geneva, v. 86, n. 8, p. 648-649, aug. 2008.
- BOTAZZO, C. Sistema Único de Saúde: ética, desigualdades, desafios no contexto do estado democrático de direito. In: CAPONI, S. *et al.* (Org.). **Medicalização da Vida Ética, Saúde Pública e Indústria Farmacêutica**. Santa Catarina: Editora UNISUL, 2010. p. 390-399.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas Públicas. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Medicamentos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 40 p. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios, 25).

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 338, de 6 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 maio 2004. Seção 1. n. 96.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Regulação em Saúde**. Brasília: CONASS, 2007a. 174 p. (Coleção Progestores - Para entender a gestão do SUS, 10).

_____. **Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS**. Brasília: CONASS, 2007b. 248 p. (Coleção Progestores - Para entender a gestão do SUS, 9).

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência Farmacêutica no SUS**. Brasília: CONASS, 2011. 186 p. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, 7).

CAMPOS, G. W. S. Sobre a peleja dos sujeitos da reforma, ou da reforma dos sujeitos em peleja. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 1, n. 2, p. 79-95, 1992.

CHIZZOTTI, A. A pesquisa qualitativa em Ciências Humanas e Sociais: evolução e desafios. **Revista Portuguesa de Educação**, Portugal, v. 16, n. 002, p. 221-236, 2003.

_____. **Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais**. São Paulo: Cortez, 2010. 164 p.

CIPOLLE, R. J.; STRAND, L. M.; MORLEY, P. C. **Pharmaceutical care practice: the clinician's guide**. New York: McGraw-Hill, 2004. 394 p.

COSTA, J. M. *et al.* **Implantação do projeto para a qualificação do uso de medicamentos no âmbito hospitalar, tendo como eixos norteadores a integralidade do cuidado e o referenciamento do paciente na rede**. Belo Horizonte, 2010. 36 p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/premio_medica/2010/mencoes/trabalho_completo_josiane_moreira_costa.pdf>. Acesso em: 18 abr. 2012.

CUNHA, E. M. da; GIOVANELLA, L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, p. 1029-1042, 2011. Suplemento 1.

DELGADO, C. R. *et al.* Acceso al programa de hipertensión en el sistema general de seguridad social em salud. **Hacia Promoción de la Salud**, Manizales, v. 13, p. 195-209, ene./dic. 2008.

DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. A disciplina e a prática da pesquisa qualitativa. In: _____ (Org.). **O planejamento da pesquisa qualitativa teorias e abordagens**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. p. 15-41.

DONABEDIAN, A. **Los espacios de la salud: aspectos fundamentales de la organización de la atención médica**. Mexico: Biblioteca de La Salud, 1988. 772 p.

DONABEDIAN, A. **An introduction to quality assurance in: health care**. New York: Oxford, 2003. 200 p.

FEKETE, M. C. Estudo da acessibilidade na avaliação dos serviços de saúde. In: SANTANA, J. P. de (Org.). **Desenvolvimento gerencial de unidades básicas do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 1997. p. 114-120. (Texto de Apoio).

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 17-27, jan. 2008.

FOULCAULT, M. **O nascimento da clínica**. 7. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011. 231 p.

GUERRA JÚNIOR, A. A. *et al.* Disponibilidade de medicamentos essenciais em duas regiões de Minas Gerais, Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 15, n. 3, p. 168-175, mar. 2004.

HOGERZEIL, H. V. Essential medicines and human rights: what can they learn from each other? **Bulletin of the World Health Organization**, Geneva, v. 84, n. 5, p. 371-375, may 2006.

HUNT, P.; KHOSLA, R. Acesso a medicamentos como um direito humano. **Sur - Revista Internacional de Direitos Humanos**, São Paulo, v. 5, n. 8, p. 100-121, jun. 2008.

JESUS, W. L. A.; ASSIS, M. M. A. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 161-170, jan. 2010.

KOHN, L. T.; CORRIGAN, J. M.; DONALDSON, M. S. (Ed.). **To err is human: building a safer health system**. Washington: National Academy Press, 2000. 312 p.

KRIPALANI, S. *et al.* Promoting effective transitions of care at hospital discharge: a review of key issues for hospitalists. **Journal of Hospital Medicine**, Hoboken, v. 2, n. 5, p. 314-323, sep. 2007a.

_____. Deficits in communication and information transfer between hospital-based and primary care physicians implications for patient safety and continuity of care. **JAMA: The Journal of the American Medical Association**, Chicago, v. 297, n. 8, p. 831-841, feb. 2007b.

LAGE, A. Global pharmaceutical development and access: critical issues of ethics and equity. **MEDICC Review**, Decatur, v. 13, n. 3, p. 16-22, July 2011.

LORA, A. P. **Acessibilidade aos serviços de saúde, estudo sobre o tema no enfoque da Saúde da Família no município de Pedreira - SP**. 2004. 100 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2004.

MA COALITION FOR THE PREVENTION OF MEDICAL ERRORS. **Reconciling medications. Recommended practices.** 2002. 6 p. Available from: <<http://www.macoalition.org/documents/RecMedPractices.pdf>>. Access on: 27 july 2005.

MAFFESOLI, M. **A conquista do presente.** Rio de Janeiro: Rocco, 1984. 167 p.

MAFFESOLI, M. **O conhecimento comum:** compêndio de Sociologia Compreensiva. São Paulo: Editora Brasiliense, 1988. 277 p.

MALTA, D. C.; MERHY, E. E. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 14, n. 34, p. 593-605, jul./set. 2010.

MARQUES, R. M.; MENDES, Á. Democracia, Saúde Pública e Universalidade: o difícil caminhar. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 16, n. 3, p. 35-51, set./dez. 2007.

MATTOS, R. A. de. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1411-1416, set./out. 2004.

MAZA, B. A. P. La equidad en los servicios de salud. **Revista Cubana de Salud Pública**, Ciudad de la Habana, v. 33, n. 3, p. 1-9, jul./sep. 2007.

MCGAW, J. *et al.* A multidisciplinary approach to transition care: a patient safety innovation study. **The Permanente Journal**, Portland, v. 11, n. 4, p. 4-9, fall 2007.

MERHY, E. E. **Saúde a cartografia do trabalho vivo.** 2. ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2002. 145 p.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 10. ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2007. 407 p.

MOREIRA, G. V. C. *et al.* Los medicamentos en el mundo asimétrico actual: del no acceso al acceso. **Revista Cubana de Medicina Militar**, Habana, v. 36, n. 3, p. 1-7, jul./sep. 2007.

MOYSÉS JÚNIOR, Z.; LEAL, J. C.; FARIAS, R. C. A Desenvolvimento e competitividade: a arena do fórum de competitividade da cadeia produtiva farmacêutica. In: BUSS, P. M.; CARVALHEIRO, J. R.; CASAS, C. P. R. (Org.). **Medicamentos no Brasil:** inovação e acesso. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. p. 295-306.

MURRAY, C. J. L.; GAKIDOU, E. E.; FRENK Y. J. Desigualdades em salud y diferencias entre grupos sociales: ¿Qué debemos medir? **Boletín de La Organización Mundial de La Salud**, Geneva, n. 2, p. 10-15, 2000.

NASCIMENTO, M. A. A. Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 815-823, 2003.

OLIVEIRA, D. R. **Atenção farmacêutica**: da terapia medicamentosa à gestão do serviço. São Paulo: RCN Editora, 2011. 327 p.

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**, Rio de Janeiro, v. 15, p. 3561-3567, 2010. Suplemento 3.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Estratégia sobre medicamentos de la OMS**: 2000-2003. Perspectiva política da OMS sobre medicamentos. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2000. 6 p. (n. 1).

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **El acceso a los medicamentos de alto costo en las Américas**: contexto, desafíos y perspectivas. Washington: OPS, 2009. 70 p. (Serie Técnica: Medicamentos Esenciales, Acceso e Innovación, 1).

PAULA, P. A. B. de *et al.* O uso do medicamento na percepção do usuário do Programa Hiperdia. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 5, p. 2623-2633, maio 2011.

PEPE, V. L. E.; CASTRO, C. G. S. O. C.; LUIZA, V. L. A relação nacional de medicamentos essenciais. In: BUSS, P. M.; CARVALHEIRO, J. R.; CASAS, C. P. R. (Org.). **Medicamentos no Brasil**: inovação e acesso. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. p. 319-334.

PEREHUDOFF, S. K.; LAING, R. O.; HOGERZEIL, H. V. Access to essential medicines in national constitutions. **Bulletin of the World Health Organization**, Geneva, v. 88, n. 11, p. 800, nov. 2010.

PRADO FILHO, K. Uma genealogia das práticas de normalização nas sociedades ocidentais modernas. In: CAPONI, S. *et al.* (Org.). **Medicalização da Vida Ética, Saúde Pública e Indústria Farmacêutica**. Santa Catarina: Editora UNISUL, 2010. p. 183-191.

QUEIRÓZ, E. S.; PENNA, C. M. M. Conceitos e práticas de integralidade no município de Catas Altas - MG. **REME. Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 15, n. 1, p. 62-70, jan./mar. 2011.

QUENTAL, C. *et al.* Medicamentos genéricos no Brasil: impactos das políticas públicas sobre a indústria nacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, p. 619-628, abr. 2008. Suplemento.

QUIMELLI, G. A. S. Considerações sobre o estudo de caso na pesquisa qualitativa. In: BOURGUIGNAN, J. A. **Pesquisa social**: reflexões teóricas e metodológicas. Ponta Grossa: Editora Toda Palavra, 2009. 187 p.

RANGEL, M. L. Comunicação no controle de risco à saúde e segurança na sociedade contemporânea: uma abordagem interdisciplinar. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 5, p. 1375-1385, set./out. 2007.

SANTOS, B. Sistema Único de Saúde: ética e desigualdades, desafios no contexto do Estado Democrático de Direito. In: CAPONI, S. *et al.* (Org.). **Medicalização da vida: ética, saúde pública e indústria farmacêutica**. Santa Catarina: Editora Unisul, 2010. p. 390-399.

SEVALHO, G. O medicamento percebido como objeto híbrido: uma visão crítica do uso racional. In: ACURCIO, F. A. (Org.). **Medicamentos e assistência farmacêutica**. Belo Horizonte: Coopmed, 2003. p. 1-8.

SOLER, W. *et al.* El triaje: herramienta fundamental en urgencias y emergências. **Anales del Sistema Sanitario de Navarra**, Pamplona, v. 33, p. 55-68, 2010. (Supplementum 1).

SOUZA, C. C. de *et al.* Classificação de risco em pronto-socorro: concordância entre um protocolo institucional brasileiro e Manchester. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 1, p. 26-33, jan./fev. 2011.

TESSER, C. D.; POLI NETO, P.; CAMPOS, G. W. S. Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, p. 3615-3624, nov. 2010. Suplemento 3.

THIEDE, M.; MCINTYRE, D. Informação, comunicação e acesso equitativo aos cuidados de saúde: um comentário conceitual. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 5, p. 1168-1173, maio 2008.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, p. S190-S198, 2004. Suplemento 2.

VENTURA, M. *et al.* Judicialização da saúde, acesso à justiça e a efetividade do direito à saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 77-100, fev. 2010.

WATCHER, R. M. **Compreendendo a segurança do paciente**. Porto Alegre: Artmed, 2010. 320 p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION/WHO. **Access to drugs**. Geneva: WHO, oct. 1998. 12 p. (UNAIDS, Technical update). Available from: <http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/dataimport/publications/irc-pub01/jc111-accesstodrugs-tu01_en.pdf>. Access on: 20 feb. 2012.

_____. **Perspectives on Medicines. Equitable access to essential medicines: a framework for collective action**. Geneva: WHO, mar. 2004a. 6 p. Available from: <http://whqlibdoc.who.int/hq/2004/WHO_EDM_2004.4.pdf>. Access on: 20 feb. 2012.

_____. **The world medicines situation**. Geneva: WHO, 2004b. 145 p.

_____. **The world medicines situation 2011**. 3rd ed. Geneva: WHO, 2011. 32 p.

YIN, R. K. **Estudo de caso - planejamento e métodos**. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2001. 212 p.

Anexos



ANEXO A - Termo de Consentimento Livre Esclarecido - Profissionais

Gostaria de convidá-lo(a) a participar de uma pesquisa intitulada “**ACESSO À TERAPIA MEDICAMENTOSA NA PERSPECTIVA DE PACIENTES E PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM UM HOSPITAL DE ENSINO**”, sob minha responsabilidade e orientação da Dra. Claudia Maria de Mattos Penna, professora na Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais.

O estudo tem por objetivo compreender o acesso a medicamentos segundo as perspectivas dos usuários e profissionais de saúde em um Hospital de Ensino.

Trata-se de uma pesquisa qualitativa e a coleta de dados será realizada por meio de entrevistas. Assim, você responderá a perguntas sobre como é seu dia de atendimento no setor de trabalho, como ocorre o fornecimento e o uso de medicamentos pelo paciente, se há um encaminhamento do paciente que apresentou mudança nos medicamentos em uso após a internação hospitalar, como vocês buscam solucionar as demandas relacionadas aos problemas de acesso a medicamentos e de que forma os serviços de saúde estão organizados para atender as necessidades farmacoterapêuticas dos pacientes; assim como se há referência e contrarreferência. As respostas dadas serão gravadas, se assim você o permitir, para serem o mais fidedignas, estando à sua disposição para ouvi-las, se assim o desejar.

Espera-se que esta pesquisa possa contribuir para se compreender os mecanismos que envolvem o acesso a medicamentos pelos usuários desse serviço, como também o tipo de atendimento e tratamento dispensado, de forma a caracterizar as situações que permeiam o acesso aos medicamentos e buscar estratégias conjuntas com usuários e gestores para as melhorias de acesso e atendimento, se for o caso.

Sua colaboração é voluntária e o seu anonimato será garantido. Firmo o compromisso de que as declarações serão utilizadas apenas para fins desta pesquisa e veículos de divulgação científica. As gravações e o diário de campo ficarão sob minha responsabilidade por um período de 5 anos e depois serão destruídos. O seu consentimento em participar desta pesquisa deve considerar, também, que o projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UFMG (COEP/UFMG).

Em qualquer fase da pesquisa, você poderá fazer perguntas, caso tenha dúvidas, e retirar o seu consentimento, além de não permitir a posterior utilização de seus dados, sem nenhum ônus ou prejuízo. Você poderá contatar também o Comitê de Ética¹ para esclarecimentos. Esclareço também que você não terá nenhum gasto adicional e nem será ressarcido.

Se estiver de acordo e as declarações forem satisfatórias, favor assinar o presente termo, dando o seu consentimento para a participação da pesquisa em questão.

Atenciosamente,
Josiane Moreira da Costa (mestranda da Escola de Enfermagem da UFMG)

Declaro ter recebido informações suficientes e estou de acordo em participar desta pesquisa.

Assinatura:

¹ Contatos: Comitê de Ética e Pesquisa da UFMG (COEP): Av. Pres. Antônio Carlos, n° 6627. Prédio da Reitoria, 7° andar, sala 7018, Bairro Pampulha, Belo Horizonte/MG. CEP: 31270901. Tel: (31) 3409-4592. Josiane Moreira da Costa Tel: (31) 3272-2590 ou 3459- 3478.

ANEXO B - Termo de Consentimento Livre Esclarecido - Usuários

Gostaria de convidar você a participar de uma pesquisa intitulada “**ACESSO À TERAPIA MEDICAMENTOSA NA PERSPECTIVA DE PACIENTES E PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM UM HOSPITAL DE ENSINO**” sob minha responsabilidade e orientação da Dra. Claudia Maria de Mattos Penna, professora na Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais.

O estudo tem por objetivo compreender o acesso a medicamentos a partir de sua perspectiva, enquanto usuário dos serviços de saúde, ou seja, de que forma você busca e utiliza os medicamentos, principalmente nos períodos antes da internação hospitalar, durante a internação hospitalar, e pós-alta hospitalar.

Para falar sobre isso, você deverá responder a algumas perguntas sobre quais as necessidades de saúde que você e sua família apresentam quando vão buscar atendimento na unidade de saúde; em que situações buscam o uso de medicamentos e em quais não o buscam; de que forma você se sente orientado em relação ao uso de medicamentos e como isso pode comprometer o seu acesso aos produtos; como você vê a atenção de saúde; quais fatores facilitam ou dificultam a aquisição de medicamentos. Poderá também contar sobre situações em que você teve dificuldade em conseguir o medicamento prescrito pelo médico. As respostas dadas serão gravadas, se assim você o permitir, para serem o mais fidedignas, estando à sua disposição para ouvi-las, se assim o desejar.

Espera-se que esta pesquisa possa contribuir para compreender de que forma você e sua família, enquanto usuários, conseguem os medicamentos, como também qual é a influência da internação hospitalar no processo de uso dos medicamentos pelo paciente.

Sua colaboração é voluntária e o seu anonimato será garantido. Firmo o compromisso de que as suas respostas serão utilizadas apenas para fins desta pesquisa e de artigos que poderão ser publicados. As gravações e o diário de campo ficarão sob minha responsabilidade por um período de 5 anos e depois serão destruídos. O seu consentimento em participar desta pesquisa deve considerar, também, que o projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UFMG (COEP/UFMG)¹, local também que você pode fazer contato para obter esclarecimentos, a partir do telefone e endereço abaixo.

Em qualquer momento da pesquisa, você poderá fazer perguntas, caso tenha dúvidas, e retirar a sua permissão e autorização para participar, além de não permitir a posterior utilização dessas respostas, sem nenhum ônus ou prejuízo em relação a seu atendimento, nem de sua família pela unidade de saúde. Reafirmo que em qualquer situação seu atendimento não será prejudicado e que você não terá nenhum gasto extra e também não será pago pelas informações.

Se estiver de acordo e as declarações forem satisfatórias, favor assinar o presente termo, em duas vias, dando o seu consentimento para a sua participação como voluntário desta pesquisa, sendo que uma cópia ficará em seu poder.

Atenciosamente

Josiane Moreira da Costa (mestranda da Escola de Enfermagem da UFMG)

Declaro ter recebido informações suficientes e estou de acordo em participar desta pesquisa.

Assinatura

¹ Contatos: Comitê de Ética e Pesquisa da UFMG (COEP): Av. Pres. Antônio Carlos, nº 6627. Prédio da Reitoria, 7º andar, sala 7018, Bairro Pampulha, Belo Horizonte/MG. CEP: 31270901. Tel: (31) 3409-4592. Josiane Moreira da Costa Tel: (31) 3272-2590 ou 3459- 3478.

ANEXO C - Aprovação do Núcleo de Ensino e Pesquisa do Hospital de Ensino em Estudo

Logomarca do Hospital de Ensino em estudo

Belo Horizonte, 22 de novembro de 2010.

O projeto de interesse da pesquisadora Josiane Moreira da Costa foi avaliado pelo Núcleo de Ensino e Pesquisa do Hospital [REDACTED] e considerado ética e metodologicamente adequado para realização nesta instituição.


Prof. Henrique Osvaldo Gama Torres
Coordenador do Núcleo de Ensino e pesquisa
[REDACTED]

Contato do Hospital de Ensino em estudo

ANEXO D - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP

Parecer nº. ETIC 0033.0.203.000-11

Interessado(a): Profa. Cláudia Maria de Mattos Penna
Departamento de Enfermagem Materno Infantil
e Saúde Pública
Faculdade de Enfermagem - UFMG

DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 06 de abril de 2011, o projeto de pesquisa intitulado “Acesso a Terapia Medicamentosa na Perspectiva de Pacientes e Profissionais de Saúde em um Hospital de Ensino” bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.

Profa. Maria Teresa Marques Amaral
Coordenadora do COEP-UFMG

Apêndices



APÊNDICE A - Roteiro de Entrevista - Usuários

- 1) Conte para mim o motivo da sua internação.
- 2) Como era o uso de remédios no hospital?
- 3) De que maneira você foi informado sobre o uso dos remédios do hospital?
- 4) Você pode me falar quais remédios tomava em casa?
- 5) E antes de o Sr. (a) internar? Como era o uso de remédio?
- 6) E agora que o Sr. (a) recebeu alta do hospital? Como está sendo o uso dos remédios?
- 7) Tem alguém que orienta ou ajuda o Sr. (a) a tomar os remédios?
- 8) O Sr. (a) gostaria de dizer mais alguma coisa?

APÊNDICE B - Roteiro de Entrevista - Profissionais

- 1) Conte-me como ocorre o processo de terapia medicamentosa do paciente desde o momento em que ele entra até a ocorrência da alta hospitalar.
- 2) De que forma se escolhem os medicamentos utilizados no hospital? Os medicamentos utilizados pelo paciente no período da pré-internação são considerados na hora de se realizar essa escolha?
- 3) Existe algum processo de orientação ao paciente sobre os medicamentos utilizados durante a internação?
- 4) No momento da prescrição dos medicamentos para a alta é considerada a maneira como os pacientes irão utilizar os medicamentos?
- 5) Qual é a sua impressão em relação ao uso dos medicamentos pelo paciente no período posterior à internação?
- 6) Você gostaria de dizer alguma outra coisa relacionada ao processo de terapia medicamentosa?

APÊNDICE C - Ficha de Solicitação de Medicamentos Não Padronizados Informatizada

Sistema de Gerenciamento de Unidade - [Editor de Documento(Novo)]

Secretaria Enfermagem Consultas Opções Médicas Solicitações Configuração Relatórios Sair Ajuda

Prescrição Médica Resumo Clínico Gravar/Finalizar Gravar/Imprimir Gravar Fechar

Informações Gerais

Atendimento Nome do Paciente Documento

PRODUTO FARMACÊUTICO NÃO PADRONIZADO

Logomarca do Hospital de Ensino em estudo

SOLICITAÇÃO DE PRODUTO FARMACÊUTICO NÃO PADRONIZADO

Data: «10/04/2012»
Hora: «17:07:12»
Página: 1/1

DADOS DO PACIENTE:

NOME: _____
LEITO: «419 CLINICA CIRURGICA»
SEXO: «FEMININO»
PROFISSÃO: «OUTROS»

ATENDIMENTO:
IDADE: «22/05/1919»
ESTADO CIVIL: «SOLTEIRO»
PRONTUÁRIO: « _____ »

Clinica / Serviço: _____ Peso: « _____ »

Nome Genérico: « _____ »

Nome Comercial: « _____ »

Forma Farmacêutica / Posologia:
Unidade: _____ Dosagem: « _____ »

Previsão de uso: « _____ »

Existe similar padronizado: _____

Justificativa: « _____ »

«JOSIANE MOREIRA DA COSTA»
«CRF - 14486»

Registro: 1/1

«OSC» «DBG»

Iniciar Caixa de entrada - ... 601%2004%20201... Josiane 2012_ Assi... Atalhos MW2000 Sistema de Gere... Operação de Fundo... Document

APÊNDICE D - Relatório Informatizado sobre Solicitação de Medicamentos Não Padronizados

Visualizando Impressão

Hospital de Ensino em estudo
Farmácia - MGES
Solicitação de Produtos Não Padronizados

Logomarca do
Hospital de Ensino
em estudo

Página: 1
Data: 10/4/2012

Data	Solicitante	Paciente	Atendimento
09/04/2012 11:49:34 <u>Genérico</u> AMPICILINA			751546
10/04/2012 6:58:21 <u>Genérico</u> vasopressina			754860
10/04/2012 13:06:42 <u>Genérico</u> QUETIAPINA			750358

Página 1 de 1

601%2004%20201... Josiane 2012_ Assi... Atalhos MV2000 apendices - Microso... MV20000 - Sistema ... Executor

17:18

APÊNDICE E - Evolução Farmacêutica em Prontuário Informatizado

Logomarca do Hospital de Ensino em estudo	EVOLUÇÃO FARMACÊUTICA	Data: «10/01/2012» Hora: «15:53:14» Página: 1/1
--	----------------------------------	---

DADOS DO PACIENTE:

NOME:«	♦	ATENDIMENTO:«	♦
LEITO:«CTI - BOX 12»		IDADE:«23 Anos, 2 Meses e 11 Dias»«30/10/1988»	
SEXO:«FEMININO»		ESTADO CIVIL:«SOLTEIRO»	
PROFISSÃO:«OFFICE BOY»		PRONTUÁRIO:«	»

«Solicitação de medicamento não padronizado - Quetiapina 25mg - analisada. Medicamento disponível na farmácia.»

|

Nome do farmacêutico
CRF

APÊNDICE F - Ficha de Encaminhamento do Paciente no Momento da Alta Hospitalar

Logomarca do Hospital de Ensino
em estudo

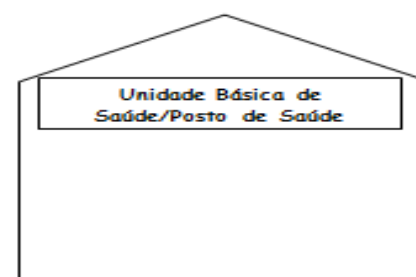
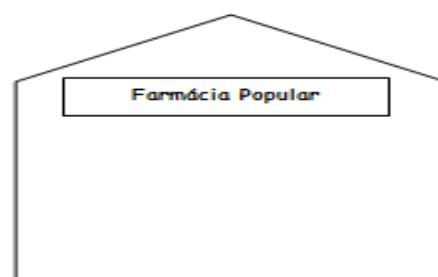
Ficha de Encaminhamento do Paciente no Processo de Transição de Cuidado							
Nome:						Idade:	
Motivo da Internação:				Data da Internação:		Data da alta:	
Endereço:				Bairro:		Município	
Ficha de Encaminhamento do Paciente no Processo de Transição de Cuidado							
Problema de Saúde	Medicamento prescrito no ambiente hospitalar no momento da alta (dose, via, frequência e duração)	Considerações importantes para a farmacoterapia do paciente (medicamento triturável para administração via sonda, interação com alimento, ajuste de dose para insuficiência renal, histórico de RAM)	Medicamento já utilizado no período pré-internação?	Se não, especificar motivo da troca ou inclusão de novo fármaco.	Dados subjetivos do paciente em relação à farmacoterapia.	Orientações sobre a aquisição do medicamento:	Encaminhamentos.

Assinatura do médico responsável pelo acompanhamento durante a internação:

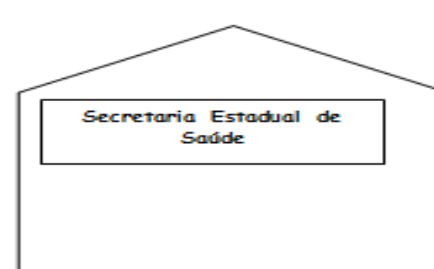
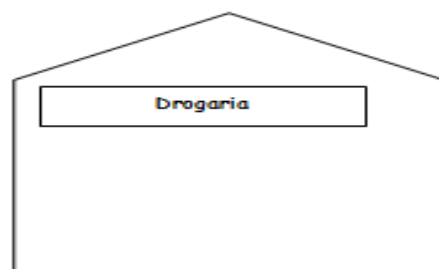
Assinatura do farmacêutico responsável pelo acompanhamento durante a internação:

APÊNDICE F – Informe de Orientação ao Paciente sobre Locais de Acesso aos Medicamentos

Orientação sobre aquisição de medicamentos no período pós-alta hospitalar



ONDE E COMO CONSEGUIR OS
MEDICAMENTOS APÓS
A ALTA HOSPITALAR?



APÊNDICE G – Disponibilização na Intranet das Listas de Medicamentos Padronizados nos Diferentes Municípios.

e p

Relação de Medicamentos oferecidos por Secretarias de Saúde e pela Farmácia Popular

Município A

Relação de Medicamentos
Página 1
Página 2
Página 3

Município B

Relação de Medicamentos
Página 1
Página 2

Município C

Relação de Medicamentos
Página 1
Página 2
Página 3

Farmácia Popular
Relação de Medicamentos
Página 1
Página 2

Medicamentos oferecidos por Secretarias de Saúde e pela Farmácia Popular

[Voltar]

< Anterior Próximo >