



O PAPEL DA GESTÃO DA FARMÁCIA HOSPITALAR NA ALTA QUALIFICADA DE ACORDO COM AS POLÍTICAS DE HUMANIZAÇÃO DO SUS

Doi 10.21902/jhmreview.v2i2.332

Karina Paula Giacomini¹
Márcia Mello Costa de Liberal²

RESUMO

Embora a Política de Humanização do SUS não tenha contornos claramente definidos, sabe-se que o tratamento não ocorre apenas quando o paciente se encontra internado, nem termina quando este deixa a internação, mas se estende após a alta hospitalar. Nesse caso, deve ter seu tratamento continuado no ambiente extra-hospitalar, em ambiente domiciliar, sob a supervisão e acompanhamento de um responsável pela medicação, nesse caso, o próprio farmacêutico hospitalar, que lhe deve fornecer orientação até que o quadro se estabilize. A não execução desse tipo de ação pode comprometer a continuidade do tratamento do paciente por meio da interrupção da administração de medicamentos, como erros na administração dos medicamentos, como dose errada, o não respeito aos horários para a administração dos medicamentos, ou mesmo a substituição inadvertida de algumas drogas por outras efetuadas pelo paciente. A humanização da assistência farmacêutica, dentro do contexto das políticas de humanização do SUS, interfere, pois, no processo de produção de saúde e pode ser decisiva na recuperação do paciente. Quando se considera o papel da gestão da farmácia hospitalar, os resultados apontam para o uso racional de medicamentos, possibilidade de maior eficácia na recuperação do paciente em alta qualificada, acesso aos medicamentos e à informação sobre eles, verificação de respostas aos medicamentos ou possíveis efeitos colaterais, reações adversas, interação medicamentosa, se necessária, revisão de prescrições adotadas.

Palavras-chave: Farmácia Hospitalar, Gestão, Humanização, SUS.

¹ Especialização em Imunologia Aplicada pela Academia de Ciência e Tecnologia - AC&T, São Paulo (Brasil). Coordenadora de comissão do Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo da Seccional de Fernandópolis - CRF/SP, São Paulo (Brasil). E-mail: giacominfarma@gmail.com

² Doutorado em Sociologia Econômica e das Organizações pela Universidade Técnica de Lisboa - UTL (Portugal). Professora em Gestão em Saúde pela Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP, São Paulo (Brasil). E-mail: deliberal@uol.com.br



ABSTRACT

Although the humanization policy of SUS does not have clearly defined contours, the treatment does not occur only when the patient is admitted nor ends when he leaves the hospitalization, but extends after hospital discharge. In this case, must have its continued treatment in extra hospital environment, at home, under the supervision and monitoring of a medication, in this case, the hospital pharmacist, who should provide guidance until the frame stabilizes. The non-execution of this type of action may compromise the continuity of patient care through the interruption of drug delivery, such as errors in the administration of medicines, as a wrong dose, without respect of timetables for the administration of medicines, or even inadvertent substitution of some other drugs made by the patient. The humanization of pharmaceutical assistance, within the context of the policies of humanization of the SUS, interfere, because, in the process of production of health and can be decisive in the patient's recovery. When considering the role of management of the hospital pharmacy, the results point to the rational use of medicines, possibility of improving the efficiency of the recovery of high-qualified patient access to medicines and to information about them, checking for responses to medications or possible side effects, adverse reactions, drug interactions, if necessary, revision of the provisions adopted.

Keywords: Hospital Pharmacy, Management, Humanization, SUS.



INTRODUÇÃO

Por diversos motivos, dentre os quais se destacam a intensa demanda e a ordem burocrática, nem sempre a humanização está presente ou aparece com frequência nos atendimentos. Entende-se que, apesar de tudo, os usuários devam e mereçam receber um tratamento mais humanitário e humanizado, seguindo a implementação das Políticas de Humanização do Sistema Único de Saúde (SUS), principalmente, porque se encontram fragilizados, em situação que exige atenção e cuidados especiais durante e depois do atendimento em internação hospitalar.

Investigar, de forma sistemática, a eficácia e a eficiência da rede para continuar o tratamento no ambiente extra-hospitalar torna-se um desafio, embora acredite-se que seja possível e humano prosseguir o tratamento com o acompanhamento do profissional farmacêutico no ambiente extra-hospitalar, em que transitam pessoas (familiares, amigos etc.) ligadas diretamente ao usuário/paciente. Entende-se, igualmente, embora com um pouco de pretensão, que conhecer e compreender as dificuldades e as estratégias necessárias para que haja o envolvimento da rede e dos gestores hospitalares nessa continuidade do tratamento extra-hospitalar consiste em um investimento para os governos das três esferas políticas (federal, estadual e municipal), com sugestões e estudos para a elaboração de suas políticas públicas de saúde.

Este trabalho visou também analisar as vantagens e as desvantagens da implementação da alta qualificada com acompanhamento do farmacêutico hospitalar, no sentido de contribuir para a melhoria na assistência do paciente após a alta hospitalar, bem como verificar a possibilidade de estimular a gestão para atenção em saúde hospitalar na perspectiva de humanização no atendimento do SUS extra-hospitalar. Para isso, elaborou-se uma revisão bibliográfica sobre o tema, verificando-se o *status* da humanização no atendimento no SUS e a continuidade do tratamento no ambiente extra-hospitalar. Foram analisados ainda os fluxos convencionais hospitalares, os mecanismos e as parcerias entre os governos sobre a dispensação de medicamentos pelo SUS para o sucesso da prática de humanização relacionada ao acompanhamento do paciente/usuário do sistema, após a alta qualificada, investigando a possibilidade de dar apoio e assistência de qualidade para o usuário fora do ambiente hospitalar, dividindo com a rede a responsabilidade pela continuidade do tratamento.



Para dar conta dos seus objetivos, essa pesquisa caracteriza-se como exploratória e tem, como procedimento metodológico, a revisão bibliográfica sobre o atendimento de ex-pacientes/usuários do SUS no que diz respeito à dispensação de medicamentos e ao acompanhamento (durante o período de internação ou após a alta qualificada). Para Gil (2007, p. 13), a *pesquisa bibliográfica* tem como base um material já elaborado, cuja principal vantagem é “permitir ao investigador a cobertura de uma gama de fenômenos muito mais ampla do que aquela que poderia pesquisar diretamente”. Portanto, além de o pesquisador ter acesso a fatos ou dados passados pela pesquisa bibliográfica, ele pode também acessar resultados recentes desenvolvidos por outros pesquisadores que podem auxiliar na formação de um *corpus* teórico mais consistente e atualizado.

Os resultados obtidos pela revisão bibliográfica foram utilizados para descrever o papel da gestão da farmácia hospitalar frente à alta qualificada, contextualizada dentro das políticas de humanização do SUS. Com ela, pretendeu-se atingir a execução dos objetivos propostos que, nesse aspecto, será descritiva no que se refere aos dados coletados na literatura.

REVISÃO TEÓRICA

1. Assistência Farmacêutica e suas Competências

A assistência farmacêutica refere-se a um conjunto de ações que visam a promoção, a proteção e a recuperação da saúde por meio do acesso aos medicamentos e do seu uso racional. Para o Ministério da Saúde (MS), tais ações buscam

[...] promover a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como sua seleção, programação, aquisição, distribuição e avaliação de sua utilização, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população. (ASSISTÊNCIA..., 2016, s/p).

Vale destacar que as alterações nos princípios da assistência farmacêutica foram introduzidas com a promulgação da Constituição Federal em 1988 (Brasil, 1988), que estabelecia a saúde como direito social (Art. 6º) e cujo cuidado passou a ser dividido entre as competências da União, Estados, Distrito Federal e Municípios (Art. 23). A Constituição Federal do Brasil, em seu Art. 196, determina que:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1988, p.154)



A principal questão está em saber como é considerado o papel da gestão da farmácia hospitalar frente à alta qualificada, contextualizada dentro das Políticas de Humanização do SUS. Na política pública, a Central de Medicamentos (Ceme), criada em 25 de junho de 1971, pelo Decreto 68.806 (BRASIL, 1971), objetivava a aquisição e a distribuição de medicamentos à população de baixo poder aquisitivo, bem como a pesquisa científica e tecnológica em farmácia. Entretanto, devido às altas perdas de matérias-primas e de medicamentos, a Ceme gerenciava um processo centralizado que resultava no vencimento dos prazos de validade como consequência da redundância dos altos estoques e da distribuição quantitativa sem um controle ou um projeto próprio. Por isso, a central foi desativada em 1997.

A partir dessa data, ante a promulgação da nova Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988), e com a Lei Orgânica da Saúde, Lei n. 8080/90 (BRASIL, 1990), a assistência farmacêutica passou a integrar o Sistema Único de Saúde (SUS)³. A nova lei estabelece, em seu Art. 2º, que “a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício”, isto é, a saúde é um direito social que o Estado deve garantir, assentado em políticas públicas. Em seu parágrafo primeiro, a Lei 8.080/90 reafirma que ao Estado competem as garantias à saúde mediante a

[...] reformulação e a execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1990)

Essas políticas públicas também devem assegurar “a execução de ações [...] de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica”, bem como “a formulação da política de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1990, Art. 6º).

Com a desativação da Ceme, impôs-se a necessidade da formulação de uma nova política de medicamentos, que culminou com a Política Nacional de Medicamentos (PNM) em 1998 (BRASIL, 1998), conforme o primeiro considerando para se criar a nova lei: “a necessidade de o setor Saúde dispor de política devidamente expressa relacionada à questão de medicamentos”. A PNM tinha, pois, o intuito de “garantir a necessária *segurança, eficácia e qualidade*

³ Na verdade, segundo o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS, 2007, p.11), “a Assistência Farmacêutica, como política pública, teve início em 1971 com a instituição da Central de Medicamentos (Ceme), que tinha como missão o fornecimento de medicamentos à população sem condições econômicas para adquiri-los (BRASIL, 1971) e se caracterizava por manter uma política centralizada de aquisição e de distribuição de medicamentos”.



destes produtos, a promoção do *uso racional* e o *acesso* da população àqueles considerados essenciais” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014, p.26, grifos nossos).

Há de se depreender daí que o papel da gestão da farmácia hospitalar não deve se restringir à dispensação de medicamentos apenas enquanto o usuário/paciente está em situação de internado, mas amplia o conceito de atendimento após a sua saída do hospital, diante da alta qualificada. O usuário/paciente deve ser acompanhado no contexto extra-hospitalar, em domicílio, em atendimento à Política de Humanização do SUS, pois o tratamento não ocorre apenas quando o paciente se encontra internado, mas se estende após a alta e, nesse sentido, deve ter seu tratamento continuado no ambiente domiciliar sob a supervisão e o acompanhamento de um responsável pela medicação, nesse caso, o próprio farmacêutico hospitalar, que lhe deve prover a necessária orientação até a estabilização do quadro e a sua recuperação final.

A não execução desse tipo de ação pode, em último caso, comprometer a continuidade do tratamento do paciente por meio da interrupção da aplicação de medicamentos, mau uso (falta ou excesso) nas doses ou, até mesmo, a troca/ substituição de algumas drogas por outras, efetuada pelo próprio paciente principalmente nos casos em que essas sejam adquiridas com recursos próprios. Para o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS, 2007, p.16), a “assistência farmacêutica tem caráter sistêmico, multidisciplinar e envolve o acesso a todos os medicamentos considerados essenciais”. A instituição corrobora a concepção de Política Nacional de Medicamentos como:

Grupo de atividades relacionadas com o medicamento, destinadas a apoiar as ações de saúde demandadas por uma comunidade. Envolve o abastecimento de medicamentos em todas e em cada uma de suas etapas constitutivas, a conservação e o controle de qualidade, a segurança e a eficácia terapêutica dos medicamentos, *a acompanhamento e a avaliação da utilização*, a obtenção e a difusão de informação sobre medicamentos e a *educação permanente dos profissionais de saúde, do paciente e da comunidade para assegurar o uso racional de medicamentos*. (CONASS, 2007, p.34, grifos nossos)

O Plano Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF) viria com a Resolução n. 338 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2004), que possibilitou o aprimoramento da política de assistência farmacêutica, com “foco no medicamento, de forma também a enfatizar o cuidado com as pessoas”. A Resolução de n. 388 define a assistência farmacêutica como “parte integrante da Política Nacional de Saúde, envolvendo um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde e garantindo os princípios da universalidade, integralidade e equidade”. Isso significa que a



Assistência Farmacêutica trata de um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletivo, tendo o medicamento como insumo essencial e visando ao acesso e ao seu uso racional. Este conjunto envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como a sua seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população. Compreendida também como política pública norteadora para a formulação de políticas setoriais, entre as quais se destacam as políticas de medicamentos, de ciência e tecnologia, de desenvolvimento industrial e de formação de recursos humanos, dentre outras. (BRASIL, 2004)

Em decorrência disso, o PNAF traz em seu bojo três eixos que buscam garantir a assistência farmacêutica: os princípios da *universalidade*, da *integralidade* e da *equidade*. Esses três eixos estratégicos visam, entre outros focos, garantir o acesso da população às ações de saúde, incluindo a assistência farmacêutica, a manutenção de serviços de assistência farmacêutica na rede pública de saúde em todos os níveis de atenção, além de qualificar os serviços de assistência farmacêutica em articulação com os gestores nas esferas estaduais e municipais, responsabilizando as diferentes instâncias gestoras e capacitando recursos humanos (que dizem respeito ao desenvolvimento, à valorização, à formação, à fixação e à capacitação).

Inclui, ainda, a ampliação da capacidade instalada e de produção de medicamentos para suprir o atendimento do SUS, com o objetivo de atualizar periodicamente a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) para racionalizar a aquisição e a distribuição, tendo em vista possibilitar o acesso da população a produtos e serviços seguros e de qualidade, supervisionados pela Política de Vigilância Sanitária, estabelecendo os mecanismos de regulação e de monitoração do mercado de insumos e produtos para a saúde, além da promoção do uso racional de medicamentos.

Ferreira (1999, p.56) entende por política “o conjunto de objetivos que definem determinado programa de ação governamental e condicionam a sua execução”, portanto, para se estabelecer uma política para qualquer área, devem-se apontar rumos determinados e estratégias, com definição de prioridades de ações. O Conass (2007) acentua os elementos-chave de uma política de medicamentos e assistência farmacêutica como sendo: seleção e disponibilidade de medicamentos essenciais, financiamento para suprir o sistema, regulação e garantia da qualidade, Uso Racional de Medicamentos (URM), pesquisa, desenvolvimento de recursos humanos, monitoramento e avaliação.



Correr (2014, p.37) acentua que “medicamentos contribuem, em muitos casos, de forma decisiva para o controle das doenças e o aumento da expectativa e da qualidade de vida da população, sendo que sua ausência ou uso irracional coloca em risco os investimentos nas ações de saúde”. Para esse uso racional, há de se definir claramente o “objetivo terapêutico do uso do medicamento”, bem como prescrever o “medicamento apropriado”, atentando-se para uma prescrição adequada em relação “à forma farmacêutica e ao regime terapêutico”. O autor considera ainda como fatores significativos a disponibilidade, a resposta do medicamento e os “critérios de qualidade exigidos”, além de uma dispensação adequada acompanhada de *orientação ao usuário para que a droga seja eficaz e atenda aos resultados terapêuticos* desejados.

É oportuno reafirmar que a gestão de farmácia hospitalar está inserida na Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS que tem, entre aqueles relacionados à contratação de servidores e gestores para concretizar suas ações, os seguintes objetivos voltados para o atendimento ao público, segundo o Humaniza SUS (2016, p.41):

- a) estimular os trabalhadores, gestores e usuários a aderirem aos princípios da humanização;
- b) reforçar iniciativas de humanização que, porventura, já existam dentro da unidade de atendimento;
- c) incentivar práticas relacionais e compartilhamento de gestão e de atenção;
- d) oferecer e divulgar estratégias de apoio a mudanças sustentáveis dos modelos de atenção e de gestão;
- e) fomentar processos de acompanhamento e avaliação, com ênfase em experiências coletivas bem-sucedidas (aqui incluída a extensão da atenção e atendimento extra-hospitalar).

Para tanto, a Política Nacional de Humanização (PNH) visa aumentar seus quadros de gestores para efetivar uma atenção básica hospitalar, a valorização dos trabalhadores do SUS e a ampliação dos processos de formação e produção de conhecimento. Na prática, o processo de humanização envolve desde a redução de filas e tempo de espera, até o atendimento acolhedor e resolutivo (por exemplo, avaliação de critérios de riscos, atenção com responsabilização), além da garantia dos direitos dos usuários e da gestão participativa nos serviços prestados, valorizando-os, bem como a administração hospitalar.

Observa-se que o Ministério da Saúde (2002) especifica que, além de fornecer medicamentos em todas as etapas do tratamento, provendo sua conservação e controle de qualidade, o PNH igualmente prevê o “*acompanhamento e a avaliação da utilização*, a



obtenção e a *difusão de informação* sobre medicamentos e a educação permanente dos profissionais de saúde, *do paciente e da comunidade*”, com o intuito de possibilitar “o uso racional de medicamentos para que a segurança e a eficácia terapêutica sejam preservadas” (grifos nossos). Destaca-se, pois, que ao farmacêutico, como representante de um organismo da saúde, não cabe apenas a dispensação correta de medicamentos, mas também “o acompanhamento e a avaliação” do paciente, mesmo após sua alta. A ele também compete difundir informações sobre os medicamentos, buscando uma “educação permanente”, tanto dos profissionais de saúde quanto do paciente e da própria comunidade no alcance de suas possibilidades e competências.

O profissional de saúde, no caso, o profissional de farmácia hospitalar, deve fazer-se presente e estar inserido em todas as políticas de saúde, bem como buscar transformar as relações de trabalho a partir da ampliação do grau de contato e da comunicação entre as pessoas e os grupos, tirando-os do isolamento e das relações de poder hierarquizadas. Os usuários não são apenas pacientes, mas pessoas que necessitam de proteção, orientação e ajuda. Dessa forma, os trabalhadores não só cumprem ordens, mas devem ter sua atuação estendida à compreensão e à atenção ao sofrimento alheio, no sentido de minimizar esses momentos de dor e angústia dos pacientes.

As mudanças na condução das políticas públicas de saúde no Ministério da Saúde (BRASIL, 2012) fazem com que se esteja, constantemente, atento aos desdobramentos de tais alterações, uma vez que os princípios instituídos nessas mudanças costumam reverberar nas novas configurações da máquina do Estado e, como consequência, no atendimento à demanda desse setor.

2. Alta Hospitalar e Humanização: atendimento além de um conceito

O contato direto com seres humanos coloca o profissional de saúde, seja ele o médico, seja o farmacêutico hospitalar, seja o enfermeiro, seja o atendente, diante de sua própria vida, saúde ou doença, dos próprios conflitos e frustrações (MOTA; MARTINS; VÉRAS, 2006). As tensões provenientes de várias fontes quase sempre ecoam nos profissionais de saúde em sua atividade, incluindo o contato frequente com a dor e o sofrimento e com pacientes terminais, o receio de cometer erros, as relações com pacientes difíceis e tantas outras situações de conflito. Por isso, é importante pensar em ações em favor da humanização da assistência não somente no caso de internação, mas também após a alta qualificada.



Nesse sentido, algumas questões se tornam relevantes e, ao mesmo tempo, desafiadoras ao profissional farmacêutico hospitalar: é possível, diante da intensa demanda de pacientes e exigências institucionais, tornar o atendimento oferecido pelo SUS mais humanizado, dentro da área de sua competência? Em que medida e quais ações podem ser efetivadas visando concretizar as propostas de um atendimento humanizado? É possível analisar, de forma sistemática, a eficácia e a eficiência da rede para continuar o tratamento no ambiente extra-hospitalar? O serviço de farmácia hospitalar disponibiliza os medicamentos para alta hospitalar para os usuários do SUS? Responder a essas, entre outras questões que possam surgir nesse contexto, constitui o objetivo de toda e qualquer pesquisa voltada para o atendimento humanizado dentro da área de farmácia hospitalar.

O hospital, historicamente, se apresenta como um espaço para tratamento e cura. Porém, a alta hospitalar geralmente é entendida como um expediente burocrático para liberar o paciente, visto como apto a regressar para casa, embora, muitas vezes, sem acesso às informações necessárias para prosseguir seu tratamento em domicílio de forma correta, readquirindo a necessária autonomia sobre sua enfermidade – “o que atinge, também, e diretamente seus familiares ou cuidadores diante da insegurança para assumir tais cuidados, uma vez que as informações recebidas não foram suficientemente esclarecedoras sobre os cuidados domiciliares”. (REIS; COBUCCI, 2011, p.48)

Na verdade, a alta hospitalar, segundo Silva e Ramos, não deveria ser vista “como um processo que se consolida no final da internação”, mas como o primeiro passo para a efetivação do processo de cura, sob a orientação dos profissionais clínicos, em particular, e do farmacêutico responsável pela medicação em especial. A carência de informações mais precisas e de acompanhamento após a alta na administração medicamentosa, pode interferir negativamente na continuidade do tratamento, retardando ou mesmo inibindo a recuperação, isto é, a alta costuma vir acompanhada da outorga de receituários e encaminhamentos ao usuário ou a seus familiares que nem sempre estão cientes das reais responsabilidades e cuidados com o paciente/usuário e veem-se carentes das necessárias recomendações para o acompanhamento após a alta (PEREIRA et al., 2007).

A alta hospitalar, segundo Reis e Cobucci (2011), deve vir acompanhada de um planejamento a fim de dar continuidade ao processo de assistência ao paciente em domicílio. Esse planejamento inclui uma educação voltada à saúde, que integra as expectativas tanto da própria equipe que o tenha assistido, quanto do usuário e dos seus familiares, tendo o autocuidado como objetivo. Embora se reconheça que essa educação



não seja de responsabilidade exclusiva do farmacêutico hospitalar, mas de toda a equipe clínica, cabe a esse profissional atuar como responsável direto pelas informações sobre a continuidade do tratamento medicamentoso, incentivando o paciente em alta ou os familiares para fornecerem o *feedback*.

Trata-se, portanto, além de um acompanhamento eficaz na recuperação do paciente/usuário, uma forma mais real de humanização da assistência em saúde voltada ao atendimento na administração de medicamentos em domicílio. Quando se fala em humanização da saúde, fala-se também da gestão e da atenção, particularmente no aspecto que envolve atendentes e pacientes antes, durante e depois do atendimento. Por humanização,

[...] compreendemos a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde. Os valores que norteiam essa política são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, os vínculos solidários e a participação coletiva nas práticas de saúde. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009a, p.6)

Ainda de acordo com o Ministério da Saúde (2009), “quanto mais longo for o seguimento do tratamento e maior a necessidade de participação e adesão do sujeito no seu projeto terapêutico, maior será o desafio de lidar com o usuário enquanto sujeito”. Fala-se em “seguimento”, perseguição ao tratamento até sua fase final, o que implica a continuação do tratamento (e o acompanhamento) mesmo após a saída do paciente do hospital, no ambiente familiar. Isso significa uma visão mais abrangente do sentido da busca da cura, que não se limita, dessa forma, ao ambiente hospitalar, mas ainda leva em consideração o meio extra-hospitalar em que o paciente em alta qualificada vive e convive.

METODOLOGIA

Este artigo toma como base os pressupostos gerais e específicos da pesquisa em nível exploratório e descritivo, realizada por meio de um levantamento bibliográfico já publicado referente ao objeto de análise, no caso, a importância da farmácia hospitalar, na figura do farmacêutico hospitalar, buscando constatar a importância e a necessidade de atuação desse agente na humanização do atendimento hospitalar aos pacientes antes, durante e depois da internação, tendo em vista o acompanhamento do tratamento da clínica ao domicílio, até o restabelecimento total das condições de saúde relacionadas ao problema diagnosticado e tratado.



ANÁLISE

Vale destacar que o Programa de Humanização Hospitalar está fundamentado em três vertentes basilares (HUMANIZA SUS, 2016):

- *transversalidade*, que inclui as políticas e programas do SUS, visando transformar as relações de trabalho, ampliar os contatos pela comunicação e evitar as relações hierárquicas que possam tolher o amplo acesso às informações;
- *indissociabilidade* entre atenção e gestão, ou seja, qualquer que seja a decisão de uma gestão, ela interfere na atenção à saúde, por isso todos – agentes de saúde (médico, enfermeiros, farmacêuticos, serviços gerais etc.) e usuários – devem participar do processo de “tomada de decisão nas organizações de saúde e nas ações de saúde coletiva”, sempre lembrando que cuidado e assistência em saúde (incluindo tratamento e acompanhamento pós-hospitalar) não são de responsabilidade somente da equipe, mas também do usuário e dos familiares que o acompanham;
- *protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos*, o que corresponde à ampliação dos princípios de autonomia e das responsabilidades compartilhadas diante de quaisquer mudanças na gestão e atenção, cabendo aos usuários tanto quanto aos trabalhadores em saúde, cumprir as ordens e buscar concretizar as mudanças, com a percepção de que todos são corresponsáveis pela produção em saúde.

Uma das apostas que a Política Nacional de Humanização faz [...] é a de que é possível construir uma “zona de comunidade”, um “comum” entre os distintos interesses dos gestores, trabalhadores e usuários [...]. Para que esta construção se dê, é preciso criar espaços coletivos, espaços de encontro entre as pessoas. Um espaço pode ser o próprio ato de um atendimento no serviço de saúde, *de uma visita à casa de uma determinada família*, da realização de um grupo [...]. Por parte do usuário, a criação de vínculo será favorecida quando ele acreditar que a equipe poderá contribuir de algum modo para a sua saúde e sentir que esta equipe se co-responsabiliza por esses cuidados. Do lado do profissional e da equipe, a base do vínculo é o compromisso com a saúde daqueles que a procuram ou são por ela procurados, é o quanto aquela pessoa o afeta. O vínculo se estabelece quando esses movimentos se encontram. O vínculo será terapêutico quando contribuir para que graus crescentes de autonomia – modo de “andar” a própria vida – sejam alcançados. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009b, p.17-18),

Isso significa construir um espaço para o compartilhamento de incômodos e potencialidades que podem favorecer a realização de um “trabalho mais prazeroso, efetivo e resolutivo” (Ministério da Saúde, 2009b, p.18). Entre as estratégias passíveis de



adoção para um trabalho humanizado, que compreenda a construção de vínculos e responsabilidades estão aquelas relacionadas à identificação de famílias ou pacientes que requerem atenção especial, à atenção especial às pessoas com maior vulnerabilidade, à iniciativa de manter para um projeto terapêutico com hora marcada, visitas domiciliares agendadas, identificando as pessoas com transtornos que necessitem de atendimento compartilhado entre profissionais e para garantir cuidados aos doentes de maior vulnerabilidade em função de agravo (diabetes, imunização, hipertensão etc.) ou condição de vida. Cabe acrescentar que o trabalho com a equipe multidisciplinar deve estabelecer parcerias com outros setores da sociedade (creches, universidades, policlínicas etc.) para atender aos diferentes níveis de atenção à saúde.

Santos (2012) aponta que a farmácia, “do ponto de vista administrativo, abriga o insumo mais caro do hospital: o medicamento” e, devido ao seu custo, “requer muito mais do que atenção, ou seja, a forma como será adquirido, armazenado, preparado para a dispensação, os mecanismos de controle de prescrição e outras atividades técnicas que são de domínio do farmacêutico”. O autor ressalta também que

[...] o profissional de farmácia hospitalar atua além da esfera da distribuição para participar de forma muito mais efetiva da farmacoterapia adotada pelo médico, em parceria com este, a fim de “zelar pelo uso racional dos medicamentos, controlar e monitorar as reações adversas aos medicamentos (RAMs) e detectar os problemas relacionados aos medicamentos (PRMs). (SANTOS, 2012, p.32)

Isso faz crer que o controle e a supervisão não se restrinjam apenas à dispensação de medicamentos ao paciente/usuário em hospital, mas que suas ações se estendam além da internação, ou seja, sua atuação está inserida entre “os serviços de atendimento pré-hospitalar, tais como: urgências e emergências por meio de serviços móveis e atendimento ambulatorial” (SANTOS, 2012, p.126) e pós-hospitalar, em ambiente domiciliar. Esse atendimento leva a se depreender, igualmente, que a atuação do farmacêutico hospitalar seja ampliada após a alta qualificada do paciente e acompanhe as futuras dispensações, bem como o controle de dosagem (uma vez ouvido o médico que o atendera), a duração do tratamento, as reações adversas etc. Para Santos (2012, p.195), a Organização Mundial de Saúde (OMS) entende como Reação Adversa a Medicamento (RAM) “qualquer resposta a medicamento que seja nociva e indesejável, e que ocorra com as doses habitualmente usadas no ser humano para profilaxia, diagnóstico ou tratamento”, ou seja, ao profissional farmacêutico hospitalar compete acompanhar o tratamento até o final (incluindo o extra-hospitalar), com o intuito de verificar, após a alta, os efeitos colaterais



e citotóxicos, qualquer resposta estranha de um medicamento, interações medicamentosas, hipersensibilidade, intolerância à dosagem etc.

Diante das experiências vivenciadas em um cenário que constantemente se altera, a proposta de humanização da assistência à saúde torna-se um valor para a conquista de melhor qualidade de atendimento à saúde oferecido ao usuário e de melhores condições de trabalho à disposição dos profissionais que atuam na área. Segundo Passos,

o paciente não é uma doença ou um paciente apenas, é acima de tudo um ser humano, um indivíduo, que tem família, planos, sonhos e sofre por extraído de uma hora para outra de sua vida e de sua rotina pessoal, tornando-se vulnerável a uma doença. Para que haja mudanças no atendimento na área hospitalar e possa responder aos anseios dos usuários e profissionais [entre eles, o farmacêutico hospitalar], a humanização deve contar com o apoio e o incentivo do gestor da saúde. (PASSOS, 2005, p.6)

Dessa perspectiva, é possível inferir que a humanização implica mudanças nas ações de quem presta assistência à saúde, desde servidores (enfermeiros, médicos, farmacêuticos, atendentes etc.) até o corpo administrativo, culminando com a transformação das práticas em saúde. Nesse sentido, torna-se necessário vencer o desafio de receber o cliente/paciente com qualidade de atendimento aliada à valorização do profissional da área. Essa adequação tem movimentado – e movimenta – todo o grupo envolvido na prestação de serviços, promovendo cursos de capacitação para a melhoria das relações interpessoais das equipes multiprofissionais e da qualidade na atenção aos usuários, contemplando-os nas dimensões ética, técnica e psicossocial.

Essas dimensões envolvem a ação comunicativa, garantindo a palavra e a dignidade ao paciente que traz o sofrimento e a dor a serem externadas pelo diálogo; a prática médica e da equipe direcionada para minimizar ou debelar o sofrimento físico e psicológico; o acolhimento extensivo aos familiares do paciente no intuito de diminuir os processos negativos das internações, como estresse, depressão, evitando a fragilização emocional por meio de uma postura positiva para a recuperação (DESLANDES, 2004).

Em termos práticos,

[...] na avaliação do público, a forma do atendimento, a capacidade demonstrada pelos profissionais de saúde para compreender suas demandas e suas expectativas são fatores que chegam a ser mais valorizados que a falta de médicos, a falta de espaço nos hospitais, a falta de medicamentos [e a falta de atenção extra-hospital após a alta qualificada]. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001, s/p)

Para Deslandes (2004), apesar de o campo representar um conjunto de iniciativas, a concepção de assistência humanizada ainda “carece de uma definição mais clara,



conformando-se mais como uma diretriz de trabalho, um movimento de parcela dos profissionais e gestores, do que um aporte teórico-prático”. Para o autor, humanizar significa prestar uma assistência “que valorize a qualidade do cuidado do ponto de vista técnico, associada ao reconhecimento dos direitos do paciente, de sua subjetividade e referências culturais”, isto é, valorizar o diálogo entre profissionais da equipe. Tal atitude aponta não só para as relações que envolvem a democratização no atendimento, mas também para a comunicação entre profissionais de saúde e paciente e suas expectativas – embora o desenho da abrangência dessas atuações não esteja claramente definido.

Questiona-se, pois, se haveria espaço para mudanças estruturais e a aplicação desse novo conceito à prática em saúde da assistência humanizada. Deslandes (2004, p.8) acredita que, embora se depare com a “organização e estrutura física das instituições de saúde da rede pública, a formação biomédica, as relações de trabalho e sua lógica de produção” nem sempre favoráveis, assim mesmo haja possibilidades para ampliação da qualidade da assistência e para uma “nova ordem relacional, pautada no reconhecimento da alteridade e no diálogo”.

Por outro lado, resgatar a humanidade no atendimento ao usuário, em um primeiro momento, significa combater a violência, uma vez que esta representa o contrário do diálogo, isto é, negar o “outro” em sua humanidade. Para Deslandes (2004, p.9), vale destacar que a “humanização [se manifesta] como oposição à violência, seja física e psicológica que se expressa nos ‘maus-tratos’, seja simbólica, que se apresenta pela dor de não ter a ‘compreensão de suas demandas e suas expectativas’”.

Segundo Mota, Martins e Vêras (2006, p.224), a humanização se constitui uma

[...] estratégia de interferência no processo de produção de saúde, levando em conta que sujeitos sociais, quando mobilizados, são capazes de modificar realidades, transformando-se a si próprios neste mesmo processo. Trata-se, sobretudo, de investir na produção de um novo tipo de interação entre os sujeitos que constituem os sistemas de saúde e deles usufruem, acolhendo tais atores e formulando seu protagonismo. Enfim, a humanização estabelece-se como construção de atitudes ético-estético-políticas em sintonia com um projeto de coresponsabilidade e qualificação dos vínculos entre os profissionais e entre estes e os usuários na produção de saúde.

Cabe destacar que os autores apontam a construção de vínculos e o compartilhamento de responsabilidades entre os profissionais como uma proposta para construir a humanização. Portanto, apostam em uma equipe multidisciplinar que possa investir no atendimento e interação entre os sujeitos dos sistemas de saúde para o



acolhimento dos pacientes. Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2012), é necessário reverter o atual quadro que apresenta processos mecânicos e procedimentos meramente burocráticos comuns nas relações de trabalho entre muitos profissionais de saúde. É necessário, principalmente dentro de um hospital, mas também fora dele em ambiente extra-hospitalar, após a alta qualificada, resgatar a humanização na prestação de serviços e atendimento, compartilhando uma construção coletiva de gestão, espaços, reflexões e ações na promoção da saúde, em que pesem. Segundo Bravo,

[...] a precarização e terceirização dos recursos humanos referentes à ampliação da contratação de agentes comunitários de saúde e a inserção de outras categorias que não são regulamentadas: auxiliar e técnico de saneamento, agente de vigilância sanitária, agentes de saúde mental. (BRAVO, 2006, p.88)

O SUS humanizado reconhece cada pessoa como legítimo cidadão de direitos e valoriza e incentiva sua atuação na produção da saúde. A Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990 (BRASIL, 1990), prevê que a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício. Nesse sentido, garantir a saúde é um dever do Estado por meio da formulação e da execução de políticas econômicas e sociais que visam a redução de riscos de doenças e de outros agravos e ao estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação. Por extensão, o dever do Estado não exclui pessoas, família, empresas e sociedade em geral, nem mesmo ambientes diversos dentro e fora do hospital.

Entende-se que o novo paradigma “ser que sofre-sofrimento-profissional” procura minimizar ou abolir o sofrimento amplo que descaracteriza a relação médico-paciente tradicional como exclusiva do médico. Essa maneira de perceber a relação médico-paciente se estende, portanto, a outros profissionais como fisioterapeutas, psicólogos, farmacêuticos hospitalares etc., que podem compartilhar desse relacionamento com seus pacientes. Este paradigma, se válido, faz refletir sobre o ato de curar. Se forem considerados o ato de minimizar ou abolir o sofrimento como equivalente ao ato de curar, essa prerrogativa transcende, pois, a atuação do médico e se estende a todos os profissionais que também podem fazer o mesmo com seus pacientes.

Dessa forma, médicos, enfermeiras, atendentes, farmacêuticos, psicólogos e outros profissionais se caracterizam como indivíduos que buscam a cura total ou parcial dos problemas de saúde encontrados, dependendo da extensão das ferramentas propostas



pela medicina. Nesse novo modelo, o médico e sua equipe, que praticam formas alternativas de medicina, e o ser que sofre passam a ter, agora, outros agentes imediatos, tendo, como meta, não só a recuperação, como também a atenção humanizada dispensada ao paciente.

Assim, é concebível que questões aflorem indagando se, na prática, ocorre a humanização no atendimento ao paciente/usuário do SUS. Afinal, como se pode entender o que seja a humanização no serviço hospitalar? A humanização até quando o usuário/paciente deixa o hospital? Ou a atenção e a assistência devem prosseguir mesmo após a saída do usuário do hospital? Deve-se continuar o acompanhamento, feito por um profissional de farmácia e, neste caso, acompanhar a necessidade de administração de medicamentos, sua dosagem ou a suspensão temporária/definitiva ouvido o médico que o assistiu? Em que medida se pode analisar, de forma sistemática, a eficácia e a eficiência da rede para continuar o tratamento no ambiente extra-hospitalar?

A essas e tantas outras questões, o SUS procura uma resposta com a admissão e a estimulação do ato de humanizar o atendimento ao seu usuário, não só no momento da recepção e no acolhimento, quando ele procura os diversos departamentos de saúde, mas, principalmente, por intermédio de uma política capaz de envolver o seguimento nos cuidados e atenção à saúde, isto é, o acompanhamento após a alta hospitalar qualificada, tendo, no farmacêutico hospitalar, seu principal agente de saúde em relação ao usuário.

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Depreende-se que ao farmacêutico hospitalar cabe, pois, a continuidade do tratamento naquilo que é de sua competência, dispensando a medicação à medida da necessidade do paciente em alta qualificada, acompanhando a aplicação segundo as prescrições de drogas e dosagens elaboradas pelo médico, avaliando respostas aos medicamentos, orientando o paciente quanto à dosagem e possíveis efeitos colaterais etc. Esse acompanhamento se destaca como potencial e extremamente significativo não apenas quando em situação de internado em hospital, mas – e principalmente – após a alta qualificada: desse acompanhamento pode depender, definitivamente, a total recuperação do paciente em alta ou o retorno ao *status quo* anterior da saúde do paciente.

Segundo Passos (2005) e Deslandes (2004), a humanização significa um encontro entre dois seres que dialogam. Essa abordagem dialógica possibilita enquadrar a relação cuidador-paciente como não exclusiva ao médico, mas inerente a todos os profissionais



que lidam com a saúde, com ênfase para o profissional de farmácia diretamente responsável pela gestão hospitalar de medicamentos, interessados em minimizar o sofrimento de um ser que sofre, ou seja, o cuidado não é monopólio de ninguém, de uma clínica ou de um profissional, mas um objetivo voltado ao paciente que merece cuidado e atenção de todos aqueles que o assistem.

Impõem-se, pois, como urgentes, o treinamento e a sensibilização de todos os agentes de saúde no intuito de humanizar as relações interpessoais, entre equipes e, principalmente, com os pacientes. O sofrimento, tanto quanto a morte, não devem ser banalizados, negados ou dissimulados em um silêncio doloroso. Afinal, o sofrimento ou a aproximação da morte são momentos privilegiados para se lidar com situações inacabadas, para rever prioridades de vida e perceber o seu sentido. Nessas situações, o diálogo aberto, com perguntas e respostas claras direcionadas para o “humano” que existe dentro de cada indivíduo, é certamente um grande facilitador. Pacientes, diante do sofrimento ou com perspectivas mínimas de vida, ainda estão vivos, têm sentimentos, desejos, necessidades e demandas. Isso não pode ser ignorado quando se têm olhos para órgãos e sintomas. “Lidar com o sofrimento, a morte ou a possibilidade de morrer é entrar em contato com a finitude e impermanência terrena”. (DESLANDES, 2004, p.19)

Nesse sentido, cuidar de forma humana é, na verdade, responder àquilo que se tem de mais íntimo e respeitoso no ser humano: a humanização no atendimento é a oportunidade de uma relação de reciprocidade e de encontro. A atenção básica, uma vez humanizada, se constitui como o primeiro passo para a recuperação mais rápida do paciente, não só lhe aliviando a dor e o sofrimento presentes, mas com a percepção de que, uma vez extensivo a parentes e familiares inseridos em uma rede de atendimento psicossocial, ele possa alcançar mais rapidamente o alívio e a “cura” e, em casos extremados, o mínimo de conforto psicológico. Sob essa ótica, o atendimento humanizado não acaba quando o usuário/paciente deixa o hospital; a atenção e a assistência prosseguem mesmo após a alta do usuário do hospital, no acompanhamento realizado tanto pela equipe médica quanto e, principalmente, pelo profissional de farmácia em uma ação relacionada à necessidade de administração de medicamentos, dosagem, suspensão temporária ou definitiva (de acordo com o médico que o assistiu). O acompanhamento após a alta permite analisar, de forma sistemática, a eficácia e a eficiência da rede de atendimento quanto ao tratamento no ambiente extra-hospitalar.



Cabe, pois, aos profissionais de saúde (médicos, farmacêuticos, enfermeiros, atendentes etc.) prover o atendimento humanizado aos pacientes pré, intra e extra-hospitalar. Também é oportuna a investigação sobre se o atendimento está desdobrando-se em ações reais no sentido de acolher o que propõem a alínea “d” do Art. 6º da Lei 8080/90, do Conselho Nacional da Saúde (Art. 6º - Estão incluídas ainda no campo de atuação do Sistema Único de Saúde-SUS: I - a execução de ações: [...] d) de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica) (Brasil, 1990), e o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar, conforme elaborado e sugerido pelo Ministério da saúde (2001). Também é oportuna a possibilidade de o farmacêutico hospitalar desenvolver, como profissional ético-político, o arcabouço teórico apreendido em seus anos de academia.

Partindo-se do pressuposto de que as ações do SUS estejam em implementação plena e contínua, existe a possibilidade de promover, de forma humanizada e mais eficiente, o restabelecimento da saúde do usuário com acompanhamento extra-hospitalar, após a alta qualificada, momento em que o farmacêutico hospitalar pode estabelecer um contato permanente para a dispensação dos medicamentos essenciais, sua dosagem, e para caracterizar possíveis reações adversas, até a sua suspensão definitiva e término no tratamento. Todas essas ações relevam a humanização do atendimento ao paciente como de extrema relevância social tanto para o trabalho do farmacêutico hospitalar quanto para a recuperação do paciente em alta qualificada.

CONCLUSÕES

Como o farmacêutico hospitalar é profissional responsável pelas atividades da farmácia de um hospital, ele assume as funções básicas de selecionar (padronizar), requisitar, receber, armazenar, dispensar (conforme a evolução do sistema, em dose coletiva, individual ou unitária) e controlar os medicamentos controlados ou não pela legislação em vigor, observando os ensinamentos da farmacoeconomia, da farmacovigilância e das boas práticas de armazenamento e dispensação. Em hospitais onde há serviços de manipulação de medicamentos, o farmacêutico vai ainda mais além, pois ele também integra comissões hospitalares, como CCIH Comissão de Infecção Hospitalar (CCIH) e a Comissão de Farmácia e Terapia (CFT).



Nesse mesmo contexto, a Farmácia hospitalar é considerada como uma unidade clínico-assistencial, técnica e administrativa, onde são processadas todas as atividades relacionadas à assistência farmacêutica, dirigida exclusivamente por um farmacêutico. Esse quadro compõe a estrutura organizacional do hospital, funcionalmente integrada com as demais unidades administrativas e de assistência ao paciente.

Com base nos trechos selecionados da literatura pesquisada para a elaboração deste artigo, pode-se concluir que o atendimento efetuado pela farmácia hospitalar não se deve restringir, tão somente, ao período em que o paciente/usuário se encontra internado, mas ter prosseguimento por meio do acompanhamento domiciliar após a alta hospitalar qualificada. Esse procedimento visa atender à política de humanização do SUS. Da mesma maneira, o uso racional de medicamentos, com expectativa de possibilidade de maior eficácia no restabelecimento do paciente em alta, permite reduzir os custos com medicamentos, sem retardar ou inibir a recuperação do paciente em alta hospitalar. Contudo, há de se franquear o acesso da população aos medicamentos tidos como essenciais e às informações sobre eles (administração, posologia, dosagem etc.), sob a supervisão do farmacêutico hospitalar, para que tenham maior eficácia no tratamento em domicílio.

Também é importante destacar que, o paciente ou familiar deve realizar um *feedback* das diversas reações adversas ou possíveis interações medicamentosas relacionadas aos medicamentos, o que possibilita ações eficazes e um pronto atendimento ao paciente. Assim, cabe ao farmacêutico hospitalar acompanhar a administração dos medicamentos com o intuito de, se necessário, rever dosagens e verificar as respostas e os possíveis efeitos colaterais, bem como as reações adversas. O farmacêutico hospitalar, ao constatar as dificuldades relativas à medicação de um paciente em alta qualificada, deve informar o médico para que possa rever/refazer a prescrição em caso de necessidade de substituir os medicamentos prescritos anteriormente.

Com isso, é possível configurar um sistema de tecnologia em saúde, que pode ser explicado como o conjunto de equipamentos, de medicamentos, de insumos e de procedimentos, utilizados na prestação de serviços de saúde, bem como das técnicas de infraestrutura desses serviços e de sua organização. Cabe ainda ao farmacêutico hospitalar a responsabilidade pelo plano de contingência nos hospitais, que descreve as medidas a serem tomadas, em momento de risco, incluindo a ativação de processos manuais, para fazer em que os processos vitais voltem a funcionar plenamente, ou num estado



minimamente aceitável, o mais rapidamente possível, evitando paralisação prolongada que possa gerar danos aos pacientes ou prejuízos financeiros à instituição.

Para finalizar, a assistência farmacêutica deve tratar de um conjunto de procedimentos direcionados à promoção, à proteção e à recuperação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo, fazendo do medicamento o elemento essencial que deve ser utilizado de forma racional e com o controle de acesso de maneira correta conforme a legislação. Trata-se, portanto de um trabalho que envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, incluindo sua seleção, programação, aquisição, distribuição e dispensação. Vale destacar que o intuito dessa atividade profissional consiste em garantir a qualidade de produtos e serviços, bem como o acompanhamento e a avaliação eficaz da administração medicamentosa, tendo em vista o alcance de resultados concretos na área da saúde para assegurar a qualidade de vida de toda a população.

REFERÊNCIAS

APRESENTAÇÃO. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/1132-sctie-raiz/daf-raiz/cgafme/11-cgafme/11722-apresentacao>>. Acesso em: 20 jan. 2016.

ASSISTÊNCIA farmacêutica. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/470-sctie-raiz/daf-raiz/daf/12-daf/12125-assistencia-farmaceutica>>. Acesso em: 22 jan. 2016.

BRASIL. Casa Civil. **Decreto 68.806**, de 25 de junho de 1971. Institui a Central de Medicamentos (CEME). Brasília, Presidência da República, 1971. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1970-1979/D68806impresao.htm>. Acesso em: 20 jan. 2016.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil – 1988**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRAVO, M. I. S. Política de saúde no Brasil. In: MOTA, A. E. (Org.). **Serviço social e saúde**. São Paulo: Cortez, 2006. p.88-110.

CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência farmacêutica do SUS**. 20. ed. Brasília, DF: CONASS, 2007. 186 p. (Coleção Pró-gestores – Para entender a gestão do SUS, 7)

CORRER, C. J. O medicamento enquanto insumo essencial das ações de saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos



Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Serviços farmacêuticos na atenção básica à saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. 108 p. (Cuidado farmacêutico na atenção básica; caderno 1, p. 37-52)

DESLANDES, S. F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 1, p. 7-14, 2004.

FERREIRA, A. B. H. **Novo Aurélio século XXI: o dicionário da língua portuguesa**. 3. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999. Verbetes: política, p.1599.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2007. 206 p.

HUMANIZA SUS. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br>>. Acesso em: 28 jan. 2016.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Técnicas de pesquisa**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2007. 289 p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Conselho Nacional de Saúde. **Lei n. 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, Congresso Nacional, 1990. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8080_190990.htm>. Acesso em: 02 jan. 2016.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Conselho Nacional da Saúde. **Resolução n. 196/96**, de 10 outubro de 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: CNS, 1996. Disponível em: <<http://www.conselho.saude.gov.br>>. Acesso em: 26 jan. 2016.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Lei n. 3916**, de 30 de outubro de 1998. Dispõe sobre a aprovação da Política Nacional de Medicamentos. Brasília: Ministério da Saúde, 1998. Disponível em: <http://bibliotecaatualiza.com.br/cursos/portaria_MS_3.916.pdf>. Acesso em: 28 jan. 2016.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Medicamentos (1999)**. 6. reimp. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. 40 p. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios, n. 25)

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Assistência à Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 60 p. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnhah01.pdf>>. Acesso em: 13 jan. 2016.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 338/04**, de 06 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2004/res0338_06_05_2004.htm>. Acesso em: 25 jan. 2016.



MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Clínica ampliada e compartilhada**. 1ª ed. Brasília: MS, 2009a. 68 p. (Série B. textos básicos de saúde – Humaniza SUS). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_compartilhada.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2016.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **O Humaniza SUS na atenção básica**. Brasília: MS, 2009b. (Série B. Textos básicos de saúde). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humaniza_sus_atencao_basica.pdf>. Acesso em: 25 jan. 2016.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Redes de proteção de saúde**. 1. ed. Brasília, DF: MS, 2012. (Série B. Textos básicos de saúde).

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Serviços farmacêuticos na atenção básica à saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. 108 p. (Cuidado farmacêutico na atenção básica; caderno 1).

MOTA, R. A.; MARTINS, C. G. M.; VÉRAS, M. R. Papel dos profissionais de saúde na política de humanização hospitalar. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 11, n. 2, p.323-330, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v11n2/v11n2a10>>. Acesso em: 13 jan. 2016.

PASSOS, B. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 3, 2005.

PEREIRA, A. P. S. et al. Alta hospitalar: visão de um grupo de enfermeiras. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 15, p. 40-45, jan./mar., 2007. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v15n1/v15n1a06.pdf>>. Acesso em: 04 jan. 2016.

REIS, A. M. F.; COBUCCI, R. A. S. Preparo para a alta hospitalar do usuário acometido por acidente vascular encefálico: visão do cuidador familiar. **Revista Enfermagem Integrada**, Ipatinga, v. 4, n. 1, jul./ago. 2011. Disponível em: <http://www.unilestemg.br/enfermagemintegrada/artigo/v4/02-preparo-para-a-alta-hospitalar-do-paciente-acometido-por-acidente-vascular-encefalico.pdf>. Acesso em: 13 jan. 2016.

SILVA, R. V. G. O.; RAMOS, F. R. S. O processo de alta hospitalar da criança: percepções de enfermeiros acerca do limite e das potencialidades de sua prática para a atenção integral. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 20, n. 2, p. 247-254, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072011000200005>. Acesso em: 1 jan. 2016.

SANTOS, G. A. A. **Gestão de farmácia hospitalar**. 3. ed. São Paulo: Senac, 2012.