

**FACULDADE PATOS DE MINAS
CURSO DE FARMÁCIA**

GELIANE APARECIDA MIRANDA

**NÃO ADESÃO AO TRATAMENTO FARMACOLÓGICO
CONTÍNUO: determinantes em pacientes usuários
da Farmácia Popular**

**PATOS DE MINAS
2018**

GELIANE APARECIDA MIRANDA

**NÃO ADESÃO AO TRATAMENTO FARMACOLÓGICO
CONTÍNUO: determinantes em pacientes usuários
da Farmácia Popular**

Trabalho apresentado à Faculdade Patos de Minas com o requisito parcial para a conclusão do Curso de Farmácia.

Orientador: Prof. Esp. Geraldo da Silva Xavier Neto

**PATOS DE MINAS
2018**

GELIANE APARECIDA MIRANDA

**NÃO ADESÃO AO TRATAMENTO FARMACOLÓGICO
CONTÍNUO: determinantes em pacientes usuários da
Farmácia Popular**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade Patos de Minas
como requisito para obtenção do grau de Farmácia – FACULDADE PATOS DE
MINAS.

_____ de _____ 2018

Prof. (ORIENTADOR)

Prof.^a (EXAMINADORA)

Prof.^a EXAMINADORA)

Aprovado ()

Reprovado ()

*Dedico este trabalho a minha família,
meus filhos, marido e a todos que de
alguma forma contribuíram para que
eu chegasse até aqui.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por me dar forças e me guiar nesta jornada que não foi fácil, agradeço também ao meu marido, Márcio que sempre me apoiou, aconselhou e me deu força para passar pelos obstáculos, ao meu filho Rafael que segurou a barra em casa com os trabalhos domésticos e tudo o que precisava para sobrar tempo para que me dedicasse, ao Gabriel, por palavras incentivadoras, acolhedoras me acalmando nos momentos que mais precisei, ao meu pai, Geraldo, que com seus elogios me engrandecia me fazendo sentir a melhor e mais dedicada aluna, a minha mãe, Calixta, que mesmo com suas dificuldades não media esforços pra me dar a mão sempre que eu precisava, aos meus irmãos que sempre me apoiaram, às minhas companheiras Keliane, Ana Carla e Andreia, que me aconselhava, me socorria nas horas difíceis e comemoravam comigo nos bons momentos, aos meus colegas, pela cumplicidade, amizade, e até pelos desentendimentos por esses cinco anos, aos professores, pela dedicação e compreensão ao longo de todos esses anos, a toda minha família e amigos que direta ou indiretamente contribuíram para que eu pudesse chegar até aqui.

Agradeço em especial a alguém que já não se encontra entre nós, meu eterno amigo, João Batista, que como um grande amigo, sempre me aconselhava, puxava orelha, me dava dicas, era companheiro de todos os momentos, mesmo não estando mais entre nós tem seu lugar reservado em nossos corações, e tenho certeza que de onde estiver está torcendo por mim, e nesse momento está vibrando de alegria por esta conquista minha. A minha amiga Ângela, por sempre me colocar em suas orações, interceder a Deus por mim, amenizando minha caminhada.

Agradeço infinitamente ao meu amigo Fabrício, que foi meu coorientador, no meu grande momento de desespero me ajudou com toda paciência e carinho, que me desculpe minha amiga Keliane e com todo respeito, mas sem o Fabricio eu não teria conseguido!

*“Aquilo que está escrito no coração
não necessita de agendas por que a
gente não esquece. O que a memória
ama fica eterno”. Rubem Alves.*

NÃO ADESÃO AO TRATAMENTO FARMACOLÓGICO CONTÍNUO: determinantes em pacientes usuários da Farmácia Popular

THE NON ADHERENCE TO THE CONTINUOUS PHARMACOLOGICAL TREATMENT: factors on Popular Pharmacy's patients

Geliane Aparecida Miranda¹

Geraldo da Silva Xavier Neto²

RESUMO

A adesão ao tratamento farmacológico é o fator de extrema seriedade para controle de doenças, sendo muito importante conhecer os fatores que intervêm na adesão ou não do tratamento sugerido pelo médico ao paciente. Conhecer os motivos que impedem a adesão, pela compreensão do paciente, pode facilitar a entender as falhas, o ponto fraco dos profissionais, onde deverá ser trabalhado para melhora da carência de adesão, trazendo melhora na condição de vida do paciente e baixos custos para o governo.

Palavras-chave: adesão, médico-paciente, farmácia popular.

ABSTRACT

Adhering to the pharmacological treatment is an extreme serious factor for the control of diseases, though it is very important to acknowledge the factors that intervene in the possible adherence to the treatment suggested by the doctor to the patient. Knowing the reasons that prevent adherence through the understanding of the patient, can facilitate the understanding of the flaws, the weak point of the professionals, where it should be worked to improve the lack of adherence. It will bring improvement to the patient's living condition and low costs for the government.

Keywords: adhesion, doctor patient, popular pharmacy.

¹Graduanda em Farmácia pela Faculdade Patos de Minas. Email: geliane04rafa@gmail.com

²Docente do curso de Farmácia pela FPM com MBA em gestão pela FGV e especialista em acreditação e qualidade no serviço de saúde pela FCMMG. E-mail: geraldo.neto@facudadepatosdeminas.edu.br.

1 INTRODUÇÃO

O problema em seguir o tratamento sugerido de forma ordenada e suficiente, é a maior preocupação dos profissionais de saúde. É preocupante a maneira que são passados aos pacientes as orientações apropriadas visando a saúde dos mesmos. Com o intuito de medir a adesão ao tratamento são usados alguns métodos como: contagens de pílulas, verificações pessoais, relatos, revisão de resultados clínicos, entre outros. (SILVEIRA; RIBEIRO, 2005)

Os profissionais da saúde, em sua prática, precisam conviver com a diversidade cultural. Esse profissional terá que ser capaz de desenvolver novas percepções de saúde-doença, além de aprender novos valores. Para uma intervenção eficiente, a aprendizagem obrigatoriamente terá que ser intensa, para que esta perceba o processo da doença onde o indivíduo passa por uma fase de fragilidade e ameaça a sua rotina de saudável e ativo. (GIROTTI, 2008).

Quando não há uma conexão entre paciente e médico, referente ao diagnóstico e tratamento proposto, como consequência da divergência de crenças e valores, o resultado nada mais é que a falta de adesão. Não significa que o profissional tenha que deixar de lado seu conhecimento técnico-científico, mas sim associar este conhecimento às representações populares, no que se refere à saúde/doença, para garantir a aceitação do tratamento. A dinâmica familiar e suas relações são destaque nos aspectos psicossociais, quanto à limitação e a forma de lidar, bem como sobre os medos e a ansiedade que cercam da enfermidade e seus sintomas (CAPRARA; RODRIGUES; MONTENEGRO, 2011).

O controle eficaz de várias doenças, especialmente as crônicas, é dependente da adesão ao tratamento, comprovar ou dimensionar esta adesão é complicado. Pacientes que fazem o uso de medicamentos por conta própria por exemplo, esta, pode variar de zero a 100%. E quando a falta de adesão está relacionada ao modo de vida como dietas, atividades físicas, tabagismo, etilismo, etc, esta porcentagem só aumenta. (BARBOSA; LIMA, 2006).

O objetivo deste trabalho é conhecer os motivos que impedem a adesão, pela compreensão do paciente, para facilitar a entender as falhas, o ponto fraco dos profissionais, onde deverá ser trabalhado para melhora da carência à adesão.

O interesse por essa temática surgiu devido a experiência profissional da pesquisadora, onde observou a necessidade de aprofundar e entender o motivo pelo qual o paciente prefere colocar em risco sua saúde a levar o tratamento até o fim ou, talvez, sequer o inicia, o que ocorre com grande frequência. Ao conhecer o ponto fraco da falta de adesão, fica mais fácil trabalhar e ajudar o paciente, reduzindo esta triste realidade, através da conscientização.

O artigo foi desenvolvido através de pesquisa bibliográfica, consultando site, artigos, livros e revistas para analisar a não aderência ao tratamento farmacológico, seus motivos, suas consequências, observando o quão é pequeno o destaque dado a este problema no campo da saúde; o quanto traz danos para o bem-estar do paciente e prejuízos financeiros para o SUS. Foram usados artigos dos anos de 2005 a 2011 para estudos deste.

2 ADESÃO AO TRATAMENTO

O modo que o paciente enfrenta e conduz o adoecimento, a interrupção ou não do tratamento, da orientação médica, é o que irá concretizar ou não a falta de adesão medicamentosa. (SILVEIRA; RIBEIRO, 2005) Neste sentido:

[...] precisamos imaginar adesão ao tratamento como um processo com três partes fundamentais: a ciência que o paciente tem sobre a doença, a concepção de evolução ou cura que o mesmo imagina, como o profissional atua perante o paciente (BOTEGA apud SILVEIRA; RIBEIRO, 2005, p.93-94).

Segundo Silveira e Ribeiro (2005), os inúmeros fatores que integram a aliança entre quem cuida e quem é cuidado, são componentes do processo de adesão ao tratamento. Refere-se à frequência, à persistência e à assiduidade quanto à busca pelo bem-estar. Assim sendo, a conexão entre paciente e profissional é algo de suma importância para estruturar e solidificar o processo.

Nesta possibilidade, a aceitação do tratamento engloba elementos terapêuticos e educacionais ligados aos pacientes, abarcando aspectos relacionados à importância e à concordância de seu histórico de saúde, a uma aceitação destas condições, ao reconhecimento que os hábitos de vida irregulares causam risco, à mudança de rotinas e atitudes que resultam em melhorias na qualidade de vida favorecendo o

cuidado próprio. Consideram também elementos ligados ao profissional, centralizando as atenções de saúde na pessoa e não nos procedimentos, incluindo orientação, conhecimento, explicações, apoio social e emocional, terapia adaptada ao modo de vida do paciente. (SILVEIRA; RIBEIRO, 2005).

Giroto (2008) cita que a adesão varia de acordo com crenças e valores, também de acordo com a aceitação ou consentimento referente à conduta do paciente no que diz respeito a indicação médica, assim como tudo que envolve a doença e seu tratamento.

Com o adoecimento, o ser humano se sente ameaçado, preocupado, desprotegido, trazendo desconforto e o fazendo refletir tanto sobre sua condição de fragilidade, como sobre o ato de não se prever a prática de viver. Passado todo processo de cura da doença, o indivíduo procura se reerguer e, característico da espécie humana, retoma sua integridade, sentindo-se mais forte para encarar as desventuras do dia a dia (SILVEIRA; RIBEIRO, 2005).

A temática da falta de aderência do paciente ao tratamento, está comumente relacionada ao próprio paciente, assim também como discordância na relação médico-paciente, crenças culturais, o tratamento, aspecto psicossociais, efeitos adversos, entre outros. (GIROTO, 2008).

Aspectos socioeconômicos interferem com intensidade neste conflito. Quanto mais baixo o nível social, assim também é o nível de adesão, a falta de acessibilidade aos serviços de saúde e pouco conhecimento a respeito da doença são colaboradores desta triste realidade. Muitos fármacos possuem custo alto, e ainda proporcionam efeitos indesejáveis, além disto, não é fácil escolher o tratamento para uma doença que muitas vezes se inicia assintomática, se tornando extraordinários os fatores envolvidos na terapia. (MACHADO, 2008).

A literatura diz que o sistema de saúde, o indivíduo e a terapêutica são elementos que intervêm na adesão farmacológica. Comportamentos não vividos ou contidos pela pessoa no convívio social e crenças interferem na alteração do modo de vida do paciente. O adoecer e cuidar de si tem como aspecto racionalmente necessário neste processo a opinião própria do paciente, o que este pensa e sente, como ele vê tudo, o conhecimento adquirido de sua vivência. Uma forma para identificar grupos de riscos e reformular modos de cuidados à saúde é entender e conhecer as crenças do paciente no que diz respeito à saúde. (PIRES; MUSSI, 2008).

Pires e Mussi (2008) ressaltam que um vilão na adesão ao tratamento é a mudança nos hábitos de vida, torna-se mais complicado se for referente ao tratamento de certas doenças, por advertência às satisfações de desejos como, alimentar-se do que gosta, não fumar, não beber, incluir práticas indesejáveis como exercícios físicos, controle médico, uso de medicamentos e outros. Essa alteração torna-se mais intensa quando a vida social e econômica não condiz com as medidas terapêuticas tomadas, ficando difícil correlacionar as restrições aos anseios pessoais.

2.1 Alguns propiciadores de maior adesão ao tratamento

2.1.1 Relação profissional da saúde-paciente

O profissional da saúde dispunha de dois alicerces básicos para o exercício da profissão: o exame físico e, em especial, a afinidade entre médico-paciente. Esta relação favorecia a extração de todas as informações que iriam nortear a formulação do seu diagnóstico e da sua terapêutica. Dessa forma, torna-se claro que esse médico era um homem que aliava conhecimentos científicos e humanísticos na prática médica. Era profundo conhecedor da alma humana e, para tanto, invariavelmente, estava muito próximo de seu paciente. (NASCIMENTO JÚNIOR; GUIMARÃES, 2003).

Gauderer (1998) afirmou que a semelhança entre o professor e o profissional da saúde era nítida, pois da mesma forma que o professor fez uma parceria com seus alunos ao transmitir-lhes seus conhecimentos, o médico fez com seu paciente quando atuaram em conjunto com um só objetivo, ou seja, com o intuito de desenvolver e efetivar um plano terapêutico. Assim como os professores não permitiam ao aluno uma voz ativa em seu currículo escolar, o médico não ouvia o suficiente aos anseios de seus doentes. A queixa tanto por parte dos professores quanto dos médicos, eram frequentes em relação à falta de motivação e desobediência do aluno ou paciente.

Para uma boa conduta do paciente perante seu adoecimento, é necessário que o profissional tenha um ótimo acolhimento com este. O medicamento nada mais é que um congregado terapêutico. É uma tarefa intensa fazer com que o paciente concorde com o tratamento, afinal, é um processo onde os sujeitos estão sempre em contato com uma variedade de fatores que influenciam o prosseguimento ou descontinuidade deste. (SILVEIRA; RIBEIRO, 2005).

Os atributos do método do profissional na produção de saúde, como a cooperação, confiança e familiaridade estão fortemente implicadas nas consequências finais (CAPRARA; FRANCO, 1999).

Há um grande interesse na temática sobre afinidade entre médico-paciente na produção científica, na formação e prática clínica que buscam proporcionar melhoria da qualidade do serviço de saúde (TAGLIAVINI; SALTINI, 2000).

Uma inconstante que colabora muito com a falta de adesão é abordar os pacientes com a mesma doença passando o mesmo tratamento. Ferreira (2006) alerta quanto à necessidade de individualizar cada indicação, ou seja, indivíduos com o mesmo diagnóstico recebem sugestão de tratamento diferentes, levando em conta as particularidades de cada caso, tais como as preferências alimentares, rotinas cotidianas, resposta à dosagem da medicação. Estes são os mais recentes ideais de conceito de adesão ao tratamento proposto pela Organização Mundial de Saúde (OMS).

Observando a estrutura psicológica do médico e paciente, as modificações nas quais as patologias resultam para quem as vivenciam, o abalo emocional pelo tempo de duração da doença e as condições de tratamento em geral, como hospitalização, regime ambulatorial, consultório particular; notam-se diferentes possibilidades de afinidade entre médico-paciente.

O modelo que enfoca o nível de atividade-passividade aponta três tipos principais de relação médico-paciente, segundo Nascimento Júnior e Guimarães (2003):

- Atividade-passividade – Interação onde o paciente aceita por completo os cuidados médicos e seu tratamento, independente se os compreende ou não, muito característico da medicina de urgência, onde o médico se mostra ativo e seguro do que faz e diz. Assim, o paciente sente-se confiante e segue as orientações;
- Direção-cooperação – O médico faz as indicações colocando em prática sua autoridade até certo ponto, já o paciente faz seu papel compreendendo, aceitando e tentando colaborar;
- Participação mútua e recíproca – O profissional assume seu papel de definir os caminhos e procedimentos a seguir; o paciente compreende, aceita e o faz conjuntamente. Após troca de ideias e analisar alternativas, são feitas as

escolhas. Há uma aliança entre ambos e o paciente assume a responsabilidade.

O modelo que enfoca a distância psicológica também distingue três fases na relação que se estabelece entre o profissional e o paciente, conforme Nascimento Júnior e Guimarães (2003):

- Do apelo humano onde o profissional responde inicialmente à demanda do enfermo, satisfazendo suas necessidades. Não o frustra e, ao aproximar-se, ainda não o considera como objeto de estudo;
- A do afastamento ou de objetivação correspondendo a do exame chamado científico. Nesta fase, o profissional já não considera o enfermo como uma pessoa, mas sim como um objeto de estudo. As relações afetivas passam para segundo plano;
- A de personalização da relação – inicia-se após o estabelecimento do diagnóstico e do conjunto de propostas de condutas terapêuticas. O profissional pode aproximar-se de seu paciente e considerá-lo não só como um caso, mas como pessoa que sofre com determinada enfermidade, havendo assim a integração dos elementos das fases anteriormente citadas, isto é, dos aspectos científicos e humanos.

2.1.2 Educação em Saúde

Deve-se também, nesta discussão, avaliar o papel da educação em saúde. É notável a importância de que esta aconteça de forma a considerar a subjetividade e o conjunto social da pessoa. Destaca-se, ainda, ser fundamental que os profissionais da saúde desempenhem a função de encorajar as pessoas com alguma enfermidade a encarar com responsabilidade a proteção da saúde, a ter a atitude de adotar rotinas saudáveis, com a finalidade de manter o controle e a prevenção quanto a agravos da doença em questão (LUSTOSA, 2011).

Sendo assim, nota-se a importância de uma equipe interdisciplinar para contribuir na ampliação da adesão ao tratamento, quanto a sua atuação. Isso devido ao fato de que não recai exclusivamente sobre o médico a culpabilidade de convencer o paciente a aderir ao tratamento sugerido, sua acuidade e obrigação de manutenção, para a melhoria de sua saúde. Desse modo, os outros profissionais devem ficar

atentos com os inúmeros obstáculos deparados pelo paciente, colaborando para uma conexão maior nesta afinidade ao encontrar alternativas para driblar estas dificuldades e ter avanço na qualidade de vida (LUSTOSA, 2011).

Ferreira (2006) oferece propostas educativas que têm sido proporcionadas, entre elas: cartilhas com direcionamento do tratamento, lembretes com tudo que foi orientado durante a consulta, sugestão de o paciente ou cuidador repetir oralmente as instruções que lhes foram passadas e associar as indicações a rotinas diárias, por exemplo, “antes do programa preferido de televisão, tomar a medicação”.

A ação educativa em saúde é um processo dinâmico que tem como objetivo a capacitação dos indivíduos e/ou grupos à procura da melhoria das qualidades de saúde da população. Ressalta-se que, nesse processo, a população tem a opção de aceitar ou rejeitar as novas informações, podendo também adotar ou não novos comportamentos frente aos problemas de saúde. Não basta apenas seguir normas recomendadas de como ter mais saúde e evitar doenças, e sim realizar a conscientização sobre saúde num processo que instigue o diálogo, a indagação, a reflexão, o questionamento e a ação partilhada (LUSTOSA, 2011).

2.1.3 Participação dos Órgãos de Saúde

O tema da adesão ou não ao tratamento engloba, além dos profissionais de saúde e pacientes, as instituições de ensino e principalmente governantes. Afinal, o orçamento encaminhado para saúde e pagamento de seus profissionais necessita urgentemente de atualização, também atitudes humanizadas e ativas na saúde pública, nas esferas municipais, estaduais e federais. (LUSTOSA, 2011).

Além da necessidade de atitudes rápidas para reduzir as dificuldades de acesso aos medicamentos sugeridos para tratamento, há também urgência fazer com que vire rotina dos governantes o tema de debate sobre a acessibilidade da medicação para a população carente. A saúde da população é também promovida por ações sociais e governamentais, esclarecendo sua parcela de culpabilidade na temática revelada (LUSTOSA, 2011).

O processo de acesso à medicação, proporcionada por órgãos públicos, é mais um elemento que intervém negativamente na aderência ao tratamento medicamentoso. A quantidade de medicamentos gratuitos disponíveis não é o suficiente para a necessidade da população carente, mesmo com o avanço referente

aos antirretrovirais (LUSTOSA, 2011).

A carência de medicamentos essenciais, a qual é bastante comum em unidades públicas, atinge principalmente a classe carente ou de baixa renda, que não têm outra escolha por depender unicamente destes medicamentos para tratamento; ainda, a falta destes afeta a imagem dos serviços, ocasionando internações que muitas vezes poderiam ser evitadas, pesando nos gastos do sistema de saúde ainda mais (GUERRA et al., 2004).

2.1.4 Formação do profissional da saúde

Necessita-se de maiores aquisições para este fim na área da educação, assim como em instituições de saúde responsáveis por atendimento à população. Os profissionais que trabalham com saúde deixam a desejar quanto à comunicação e escuta da opinião própria de cada ser humano, falha esta que vem desde sua formação, o que ajudaria estes profissionais na ampliação de modelos prósperos de atendimentos na área da saúde. Em grande parte, o profissional usa um linguajar técnico com o paciente, onde este não compreende e ainda se sente retraído pela “ignorância” frente a este. O ritmo de trabalho é sempre muito intenso, em contrapartida, a remuneração é baixa e os profissionais não têm a tranquilidade interna para escutar atentamente a comunicação não verbal à sua frente (LUSTOSA, 2011).

É crucial e compreensível a necessidade de modificação na área da formação dos profissionais de saúde. É inadiável moldar profissionais distintos, onde não seja apenas um bom currículo, mas que realmente mereçam um cargo onde enxerguem o ser humano como absoluto, que haja o treinamento para um trabalho em equipe, que estejam aptos a ponto de não deixar que suas decisões reflitam somente as circunstâncias clínicas individuais, mas considerando todo conjunto em que convivem os pacientes acolhidos, seus recursos e medidas apropriadas à sua realidade e mais ativos na sua especificidade (SILVEIRA; RIBEIRO, 2005).

As mudanças na qualidade de vida não se igualavam ao patamar dos avanços tecnológicos que se mostravam significativos, como também não eram notados aperfeiçoamentos nas práticas de saúde quanto a práticas compostas pela observação, comunicação, pelo trabalho em equipe, atitudes fundamentadas em valores humanitários sólidos. Com o avanço da tecnologia, existem recursos para

tratar cada fragmento do homem, mas falta ao técnico da saúde a desenvoltura para dar conta do mesmo homem em seu contexto (JASPERS, 1991).

2.1.5 A própria doença

A forma como o paciente lida com sua doença está diretamente ligada à aderência ou não do tratamento, ou seja, o tipo de enfermidade pode ter relação a adesão, diversos estudos ressaltam isto. Se não se sabe da gravidade da doença, não há uma consciência da necessidade de seguir o tratamento. A taxa da falta de adesão é alta quando a doença é assintomática. (LUSTOSA, 2011).

O prosseguimento das recomendações médicas prescritas se torna consciente pelo paciente quando este sabe da ameaça da sua condição à sua vivência, a curto, médio ou longo prazo, pois assim ele se sente na obrigação de seguir corretamente o tratamento. Se houver limitação de costumes de vida como o que gosta, ou lhe trazer gastos extras, e ainda não haver conscientização a respeito da enfermidade, as instruções médicas são por eles minimizadas ou até mesmo abandonadas. Às vezes o paciente se convence de que não há necessidade de fazer tantos sacrifícios, abrir mão de muitos costumes, isso tudo se deve à má abrangência do discurso do médico (LUSTOSA, 2011).

3 O PROGRAMA FARMÁCIA POPULAR DO BRASIL (PFPB)

O tema do copagamento veio à tona com a discussão sobre a reforma dos sistemas nacionais de saúde nos últimos anos. Alguns critérios foram utilizados para seleção dos usuários, como exemplo a renda familiar. Em alguns estados brasileiros aconteceram iniciativas pontuais de copagamento para acesso à medicação. Contudo, em 2004, o PFPB foi difundido como primeira iniciativa federal de copagamento para acesso a medicamentos, mas seu foco não era somente usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), mas sim a população que não possui renda suficiente para adquirir ou completar, de forma apropriada, um tratamento (PINTO; COSTA; CASTRO, 2011).

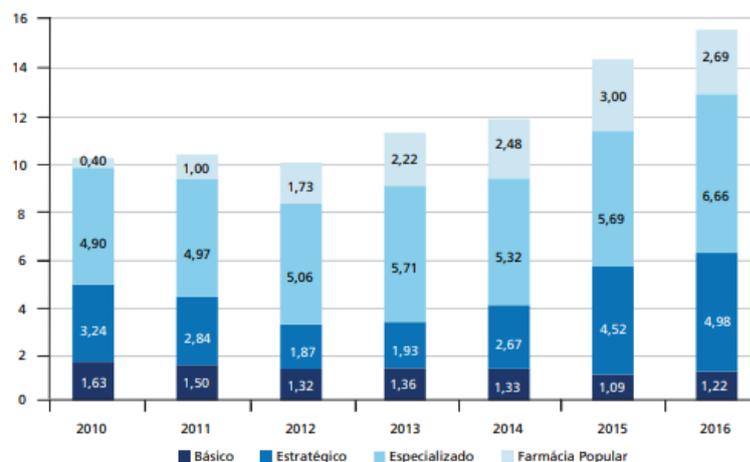
A concentração no grau federal harmonizou a unificação das atividades e produtos em todo o país, além dos ganhos de escala resultantes de compras maiores.

A análise de aspectos relativos à evolução do Programa, tais como unidades, cobertura, consumo de medicamentos e tipo de população que acessa o PFPB, permitiu formar uma relação entre o programa e a atual situação do fornecimento público de medicamentos, resultado da descentralização que rege o sistema de saúde (PINTO; COSTA; CASTRO, 2011).

A análise do gasto ou da despesa com medicamentos foi feita com base na execução orçamentária do Ministério da Saúde e das secretarias de saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, utilizando-se dados de dois sistemas de informação de acesso público. São eles, o Siga Brasil, para as despesas da União, e o Siops, sob gestão do Ministério da Saúde, para as despesas dos estados, do Distrito Federal e dos municípios (ALBUQUERQUE; MEDEIROS; FEIJÓ, 2008).

O gráfico 1 apresenta a evolução do gasto com medicamentos do Ministério da Saúde por componente do BFAF e da Farmácia Popular, no período de 2010 a 2016.

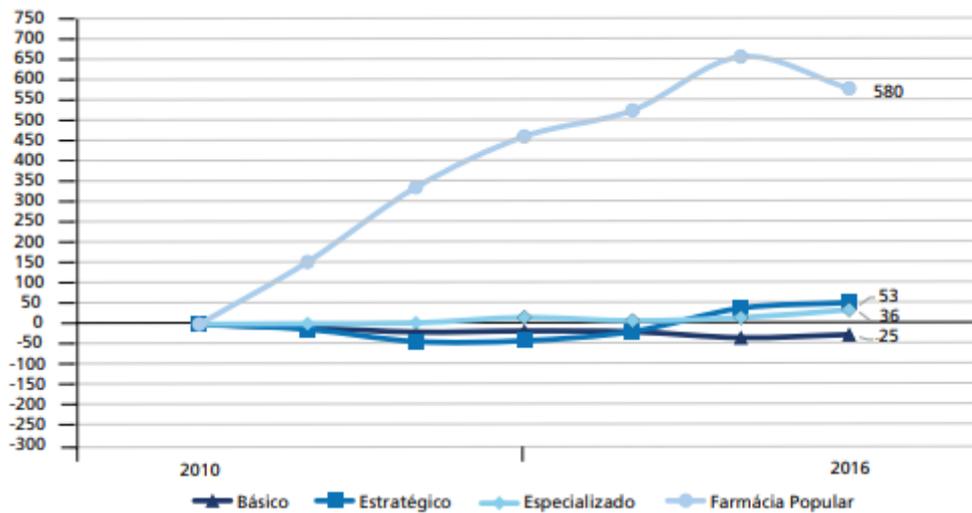
Gráfico 1 - Gastos com medicamentos na Farmácia Popular



Fonte: VIEIRA, 2018.

O gráfico 2 apresenta variação do gasto do Ministério da Saúde com medicamentos dos componentes do BFAF e do programa Farmácia Popular em relação a 2010, valores liquidados (2010-2016).

Gráfico 2 - Variação do gasto do Ministério da Saúde com medicamentos



Fonte: VIEIRA, 2018.

No âmbito do componente estratégico, o gasto com medicamentos para o tratamento de DST/Aids praticamente não variou (0,43%, de R\$ 912,2 milhões para R\$ 916,1 milhões em valores de 2016); houve crescimento das despesas com imunobiológicos (64,7%, passando de R\$ 1,7 bilhão para R\$ 2,8 bilhões) e com os hemoderivados (151,9%, de R\$ 435,9 milhões para R\$ 1,1 bilhão), havendo decréscimo do gasto com os demais medicamentos (-9,6%, de R\$ 215,1 milhões para R\$ 194,4 milhões) (VIEIRA, 2018).

4 PROGRAMA FARMÁCIA POPULAR DO BRASIL (PFPB): implantação 2004-2007

O PFPB surgiu pelo meio de uma solicitação do Governo Federal por uma proposta de alargamento do acesso a medicamentos, que se deu pela constatação da existência, nas grandes metrópoles, de uma quantidade substancial da população fazendo uso de serviços privados, mas com problemas de acesso a medicamentos. A proposta de fornecimento de medicamentos a baixo custo, utilizada pelo Laboratório Farmacêutico de Pernambuco (Lafepe) desde 2001, passou a servir de exemplo para a nova ação do Governo Federal (PINTO; COSTA; CASTRO, 2011).

O Programa foi caracterizado pela gestão conjunta entre Ministério da Saúde e Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), que passou a exercer o papel de autora do programa. Isto foi possível por meio da Lei n.10.858 de 13 de abril de 2004, que permite à Fundação Oswaldo Cruz a disposição de medicamentos mediante

ressarcimento, regulamentada pelo Decreto n. 5.090, de 20 de maio de 2004, que constitui o PFPB (PINTO; COSTA; CASTRO, 2011).

4.1 População que acessa o programa e efetividade da implementação do PFPB

Não é só direito, mas sim também acatado como dever do Estado, competindo ao poder político organizar o SUS, formar e implementar ações que garantam o acesso da população aos serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde (PINTO; COSTA; CASTRO, 2011).

A invenção do Programa teve como alvo principal atingir a faixa populacional com orçamento familiar entre quatro e dez salários mínimos, que faz uso do sistema de saúde privado. Entretanto, o PFPB não estabelece barreiras de acesso à população, a não ser a prescrição do medicamento, seja ela da rede pública ou privada. O programa chama o atendimento do usuário, seguido de averiguação da receita e seu aviamento, de atendimento. Este atendimento nem sempre envolve orientação, sendo realizada mediante apelo do usuário (PINTO; COSTA; CASTRO, 2011).

A importância dos medicamentos para os cuidados de saúde e como bens de consumo impõe muitos desafios aos governos. De maneira geral, tem-se a necessidade de regular um mercado nacional bilionário, bastante lucrativo, relevante para a inovação em saúde, mas pouco transparente. Por outro lado, deve-se aprimorar a gestão tecnológica, não só para garantir o acesso a produtos farmacêuticos seguros, eficazes e efetivos, mas também a sustentabilidade do sistema, em um contexto complexo, caracterizado, entre outros aspectos, pelo uso excessivo de cuidados de saúde por parte da população que tem acesso a eles e, especialmente no caso do Brasil, pela judicialização da saúde (VIEIRA, 2018).

Nesse contexto, é essencial abordar o sistema de saúde, o planejamento, o monitoramento e a avaliação das políticas e programas, que constituem meios para a garantia de maior acessibilidade a medicamentos, sendo os orçamentos instrumentos indispensáveis nesse processo, na medida em que são documentos que dispõem sobre as prioridades econômicas de um governo (VIEIRA, 2018).

Os importantes avanços feitos pelo país para a implantação e o aperfeiçoamento dos programas de assistência farmacêutica, especialmente no governo federal e a garantia de acesso a medicamentos ainda permanecem como

questão importante para a política pública de saúde. É possível que a ampliação da cobertura do programa Farmácia Popular do Brasil tenha contribuído para reduzir o comprometimento da renda das famílias mais pobres com a compra de medicamentos, especialmente para tratamento de doenças incuráveis como hipertensão, diabetes e asma, considerando a distribuição gratuita a partir de 2011 (VIEIRA, 2018).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para realização deste artigo, foi necessário adquirir um conhecimento prévio sobre a Farmácia Popular e os medicamentos nela ofertados, além do comportamento dos profissionais envolvidos em todo processo, que se inicia desde o acolhimento do paciente, prescrição e dispensação. Esta fundamentação teórica promoveu a compreensão sobre a atual situação, na qual se encontram os pacientes portadores de doenças incuráveis, e observa-se que, gradativamente, há o crescimento da falta de adesão ao tratamento farmacológico.

Com base neste contexto, compreende-se que esse crescimento envolve vários fatores. Um dos principais e mais preocupantes é a afinidade de médico/paciente, pois, em grande parte, o abandono se dá por falta de informação, ou seja, o entendimento pelo paciente da doença, dos efeitos do medicamento, sua indicação, reações adversas e as consequências devido à falta do tratamento. Atualmente, nota-se que os atendimentos médicos em consultórios públicos são sempre mais breves e incompletos, acarretando na não adesão ao tratamento pelo paciente.

Portanto, é preciso que haja uma mudança no atendimento do profissional, priorizando sempre o acolhimento e enxergando o paciente como um todo, favorecendo, assim, um tratamento humanizado e satisfatório.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, C.; MEDEIROS, M. FEIJÓ, P. H. **Gestão de finanças públicas**. 2. ed. Brasília: Gestão Pública Editora e Treinamentos, 2008.

BARBOSA, R. G. B.; LIMA, N. K. C. Índice de adesão ao tratamento anti-hipertensivo no Brasil e mundo. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v.13, n.1, p.35-38, 2006.

CAPRARA, A.; FRANCO, A. L. S. A relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica. **Cadernos de Saúde Pública**, v.15, n.3, 1999.

CAPRARA, A.; RODRIGUES, J.; MONTENEGRO, B. J. Building the relationship: medical doctors and patients in the Family Medicine Programme of Ceará, Brasil. In: **Congress Challenges of Primary Care-Oriented Health Systems: Innovations by Educational Institution, Health Professions and Health Services**, Londrina, 2011.

FERREIRA, E. A. P. **Temas em Psicologia Pediátrica**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.

GAUDERER, E.C. **Os direitos do paciente: um manual de sobrevivência**. 5. ed. Rio de Janeiro: Record, 1998.

GIROTTI, E. **Adesão ao tratamento anti-hipertensivo e fatores associados na área de abrangência de uma unidade de saúde da Família**. 191 f. Dissertação (Especialização em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina/PR, 2008. Disponível em: <<http://www.uel.br/pos/saudecoletiva/Mestrado/diss/96.pdf>>. Acesso em: 24 set. 2018.

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

JASPERS, K. *Il medico nell'età della tecnica*. Milão/IT: Raffaello Cortina, 1991.

LUSTOSA, Maria Alice. Adesão do paciente ao tratamento no Hospital Geral. **Revista SHPB**, v.14, n.2, jul./dez. 2011.

MACHADO, C. A. Adesão ao tratamento – tema cada vez mais atual. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v.15, n.4, p.220-221, 2008.

NASCIMENTO JÚNIOR, Pierre Góis do; GUIMARÃES, Teresinha Maria de Macêdo. A relação médico –paciente e seus aspectos psicodinâmicos. **Bioética**, v.11, n.1, p.111-114, 2003.

PINTO, Cláudia Du Bocage Santos; COSTA, Nilson do Rosário; CASTRO, Claudia Garcia Serpa Osorio de. Quem acessa o Programa Farmácia Popular do Brasil? Aspectos do fornecimento público de medicamentos. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.16, n.6, p.2963-2973, 2011.

PIRES, C. G. S.; MUSSI, F. C. Crenças em saúde para o controle da hipertensão arterial. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.13, p.2257-2267, 2008.

SILVEIRA, L. M. C.; RIBEIRO, V. M. B. Grupo de adhesión al tratamiento: espacio de “enseñanza” para profesionales de la salud y pacientes. **Interfaces - Comunicação, Saúde e Educação**, v.9, n.16, p.91-104, 2004.

TAGLIAVINI, G.; SALTINI, A. La letteratura sulla Comunicazione medico-paziente. **Medic**, v.8, p.53-56.

VIEIRA, Fabiola Sulpino. **Evolução do gasto com medicamentos do Sistema Único de Saúde no período de 2010 a 2016**. Rio de Janeiro: Ipea, 2018.