

Da organização do sistema à fragmentação do cuidado: a percepção de usuários, médicos e farmacêuticos sobre o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica

I¹ Marina Raijche Mattozo Rover, ² Claudia Marcela Vargas-Peláez,

³ Marení Rocha Farias, ⁴ Silvana Nair Leite I

Resumo: O Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) do Sistema Único de Saúde tem como objetivo garantir a integralidade do tratamento medicamentoso em nível ambulatorial. Visando analisar a percepção dos atores envolvidos sobre o Componente, foi realizada pesquisa qualitativa (grupo focal e entrevistas semiestruturadas). Observou-se que há forte dependência do CEAF em relação às outras ações estruturantes na política de saúde. Segundo os atores, a forma de organização e gestão dos serviços não propicia a continuidade da atenção, o que resulta em um cuidado fragmentado. Destacaram-se fatores como falta de articulação entre serviços e profissionais, problemas na organização dos fluxos e oferta insuficiente de serviços. Ainda o foco dos serviços farmacêuticos no medicamento, ou seja, visão minimalista da assistência farmacêutica, tem impactado de diferentes formas no cuidado ao usuário. É necessária a coordenação dos serviços adequados às necessidades em saúde, que deve se traduzir na percepção de continuidade dos cuidados na perspectiva do usuário. Desta forma, o entendimento é: o medicamento tem sido garantido, mas a integralidade do atendimento preconizada nas linhas de cuidado se vê comprometida.

► **Palavras-chave:** assistência farmacêutica; integralidade; serviços de saúde; integração de sistemas; avaliação de serviços de saúde.

¹ Universidade Federal de Santa Catarina, Departamento de Ciências Farmacêuticas. Florianópolis-SC, Brasil (marinarover@yahoo.com.br).

² Universidade Federal de Santa Catarina, Pós-Graduação em Farmácia. Florianópolis-SC, Brasil (cmvargas@unal.edu.co).

³ Universidade Federal de Santa Catarina, Departamento de Ciências Farmacêuticas. Florianópolis-SC, Brasil (marenif@yahoo.com.br).

⁴ Universidade Federal de Santa Catarina, Departamento de Ciências Farmacêuticas. Florianópolis-SC, Brasil (silvana.nair@hotmail.com).

Recebido em: 15/12/2014
Aprovado em: 22/04/2016

Introdução

Os medicamentos têm papel importante na atenção à saúde como ferramentas que permitem prevenir e tratar doenças. No entanto, os custos crescentes das novas alternativas terapêuticas tornaram-se um desafio para os sistemas de saúde (BRASIL, 2011a), inclusive nos países desenvolvidos (LU; WILLIAMS; DAY, 2007; BEVAN; HELDERMAN; WILSFORD, 2010). No intuito de garantir o acesso equitativo e o uso racional dos medicamentos de alto custo, os países têm estabelecido políticas que incluem critérios explícitos de tratamento (protocolos e diretrizes clínicas) e a criação de comissões para a avaliação de tecnologias em saúde.

Contudo, as políticas de saúde não são só guias e regras formais, que por serem considerados legítimos e necessários para fortalecer o sistema de saúde, pelos tomadores de decisão, são automaticamente adotados e implementados pelos atores do sistema. Na prática, a gestão e os resultados das políticas e estratégias de saúde dependem tanto da estrutura ou *hardware* do sistema de saúde (recursos humanos, financiamento, medicamentos e tecnologias, estrutura organizacional, infraestrutura dos serviços e sistemas de informação) quanto das relações estabelecidas entre os diferentes *stakeholders* ou *software* (ideias, interesses, relações, poder, valores e normas) (SHEIKH et al., 2011).

Nesse contexto, embora a gestão e as políticas da assistência farmacêutica não sejam alheias a esta realidade, a maioria dos estudos sobre estas temáticas usualmente desconsideram sua relação com a organização do sistema de saúde e estão focados em aspectos operacionais do fornecimento dos medicamentos (BIGDELI et al., 2013), restringendo sua natureza estratégica para a promoção do uso racional de medicamentos (BARRETO; GUIMARÃES, 2010; MANZINI, 2013; MENDES, 2013).

No Brasil, desde 2009 o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) é a estratégia do Sistema Único de Saúde (SUS) que visa garantir a integralidade do tratamento medicamentoso, em nível ambulatorial, superando as barreiras que impediam efetivamente o acesso aos medicamentos, principalmente para o tratamento de doenças crônicas em que os diversos níveis de atenção à saúde estão envolvidos (BRASIL, 2010a). Para atingir esta meta, o Ministério da Saúde criou a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS

(CONITEC), definiu Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDTs) que descrevem as linhas de cuidado por patologias, novas tecnologias foram incorporadas na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), e o financiamento dos medicamentos de alto custo foi reorganizado entre as diferentes esferas de governo (BRASIL, 2009; BRASIL, 2013).

Dados recentes demonstram que, desde sua implementação, o CEAF tem ampliado o acesso aos medicamentos (BRASIL, 2014); sabe-se, no entanto, que grandes planejamentos e programas se revelam no nível local (na “ponta” dos serviços), onde os atores diretamente envolvidos experimentam, sentem e confrontam-se com os macropjetos, ou seja, a prática. Nesse contexto, o presente estudo analisou a percepção de profissionais de saúde e usuários envolvidos com CEAF sobre sua organização e seu impacto no cuidado.

Percurso metodológico

O estudo foi conduzido em Santa Catarina, estado do Sul do Brasil, formado por 295 municípios e que possui mais de 6,3 milhões de habitantes (IBGE, 2014), dos quais aproximadamente 80 mil são atendidos pelo CEAF.

A seleção dos participantes foi realizada de forma intencional, procurando contemplar os três segmentos diretamente envolvidos com o cotidiano do CEAF: médicos/prescritores, farmacêuticos e usuários. A coleta de dados junto aos usuários ocorreu por meio de grupo focal e junto aos profissionais da saúde, por meio de entrevistas semiestruturadas. A formulação dos roteiros utilizados baseou-se nas linhas de cuidado indicadas nos PCDTs (BRASIL, 2010b) e de acordo com o modelo proposto por Bigdeli e colaboradores (2013).

Grupo focal

Seguindo as recomendações de Guix (2003), dez usuários foram convidados a participar do grupo focal. Para a seleção dos participantes, foram considerados a experiência com o tema abordado; tempo de recebimento dos medicamentos no CEAF; nível de escolaridade; tipo de atendimento em saúde (SUS/plano de saúde/particular); renda familiar; sexo e faixa etária. Foram utilizados os seguintes critérios de exclusão: possuir relacionamento prévio com algum dos demais participantes, com o moderador ou com o relator. Buscaram-se usuários de diferentes patologias.

Após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelos participantes e autorização para gravação em áudio, o grupo foi conduzido por um moderador com conhecimento sobre o tema e sem envolvimento direto com a oferta de serviços do CEAF. Contou-se também com a presença de um observador/relator. A discussão teve duração aproximada de uma hora e meia.

Como instrumento norteador da discussão, foi utilizado um roteiro que contemplava os tópicos: conhecimento prévio; trajetória percorrida e percepção sobre a organização desta forma de acesso a medicamentos. Os tópicos foram inseridos na discussão de maneira aberta, permitindo que todos os participantes tivessem a chance de expor sua opinião sobre o assunto debatido e permitisse o esgotamento da discussão de cada tema.

Entrevistas semiestruturadas

A seleção dos médicos considerou diferentes especialidades, locais e áreas de atuação. Os sete médicos convidados manifestaram interesse em participar e agendaram datas para a entrevista. O roteiro de entrevista utilizado contemplou perguntas abertas relacionadas ao acesso a informações, conhecimento e entendimento sobre o Componente, aspectos positivos e dificuldades da forma atual de organização e gestão do CEAF.

A seleção dos farmacêuticos envolveu profissionais atuantes na capital e no interior do estado, e com diferentes tempos de envolvimento com o CEAF. Os seis farmacêuticos convidados aceitaram participar. O roteiro contemplava perguntas abertas relacionadas ao acesso às informações, aspectos positivos e dificuldades da forma atual de organização e gestão do CEAF, sobre a organização dos serviços de acordo com o previsto nos PCDTs, papel da unidade de trabalho e sua relação com os demais setores envolvidos.

Os roteiros de entrevistas foram previamente discutidos com pesquisadores e profissionais da área. Os ajustes sugeridos foram realizados e a versão final dos roteiros foi aplicada aos participantes. Todos os profissionais assinaram o TCLE antes do início das entrevistas e autorizaram sua gravação.

Tratamento e análise dos achados

Após o grupo focal e as entrevistas, os áudios foram transcritos e, no caso do grupo focal, o material foi complementado pela relatoria. Com o intuito de preservar a

identidade dos participantes, estes foram identificados por letras correspondentes a sua categoria, seguida de um número: médicos/prescritores (M#), usuários/pacientes (U#) e farmacêuticos (F#).

A abordagem qualitativa adotada se baseia na premissa de que é o ponto de vista dos sujeitos sociais que deve ser o objeto de estudo, procurando extrair os significados a partir dos relatos de cada sujeito (MINAYO, 1999).

Para chegar às interpretações, seguiu-se o roteiro de análise proposto por Pope, Zieblnad e Mays (2000). Desta forma, após a familiarização com o texto completo de todas as entrevistas e do grupo focal, foram identificados os conceitos e temas relevantes. A construção das categorias partiu da busca pela interpretação dos significados das questões levantadas pelos atores a respeito do CEAF e as barreiras que ainda estão presentes no processo de atenção à saúde e do acesso ao tratamento medicamentoso dos usuários do componente.

Os trechos destacados por categoria foram indexados e, considerando seus contextos e peculiaridades, foram selecionados para exemplificar cada uma das categorias. Por fim, construiu-se uma explanação para os achados (POPE; ZIEBLNAD; MAYS, 2000), os quais foram organizados em dois grupos relacionados com o *hardware* ou o *software* do sistema de saúde de acordo com o referencial teórico adotado (SHEIKH et al., 2011).

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, sob o Parecer nº 712.031 de 2014.

Resultados e discussão

Dos dez usuários convidados, três não compareceram na data agendada. Os usuários participantes apresentavam como diagnóstico: deficiência do hormônio do crescimento, esclerose múltipla, esclerose sistêmica progressiva, insuficiência renal crônica, osteoporose e transplante (2). O tempo de recebimento de medicamentos do CEAF variou de aguardando a solicitação (0) até 12 anos; o nível de escolaridade de menos de 7 a 16 anos ou mais; o tipo de atendimento em saúde - SUS; SUS e plano de saúde - SUS, plano de saúde e particular. Estes eram de ambos os sexos; de diferentes faixas etárias e faixas de renda familiar (R\$2.551 a 10.200). Os usuários que não compareceram tinham diagnóstico de artrite reumatóide, asma e doença de Parkinson.

As diferenças em fatores como gênero, perfil socioeconômico e nível de escolaridade não geraram constrangimentos que comprometessem a participação de todos na discussão. Um dos convidados era membro de uma associação de pacientes e, no caso da insuficiência renal crônica, compareceu a responsável, da unidade de hemodiálise de um hospital público, por auxiliar os pacientes no acesso aos medicamentos.

Os médicos que participaram das entrevistas eram de diferentes: especialidades (Gastrenterologia, médico de Saúde da Família, Nefrologia, Pneumologia e Psiquiatria) e locais de atuação (público; privado e público/privado). Com exceção do médico de Saúde da Família, todos atendem pacientes de diversas regiões do estado, a maioria por trabalhar em hospitais referência. Dos médicos convidados, dois (Reumatologista e Hematologista) não compareceram no horário agendado. Os seis farmacêuticos participantes tinham de seis meses a cinco anos e meio de experiência com o CEAF, atuantes na capital ou no interior do estado em cidade de pequeno porte.

As diferenças no tempo de vínculo com o CEAF dos usuários e dos profissionais da saúde entrevistados permitiu conhecer tanto as percepções dos que só conheciam o funcionamento atual do componente, quanto as percepções de mudanças.

No processo de análise, ficou evidente que há amplo entendimento, entre os grupos de atores envolvidos, de que a implementação do CEAF trouxe melhorias no acesso aos medicamentos. Estas percepções coincidem com os resultados divulgados pelo Ministério da Saúde recentemente (BRASIL, 2014). Além disso, há o reconhecimento de que o Componente é uma segurança ao prover diversos tratamentos, até mesmo para os agravos mais complexos e tratamentos inovadores a que o alto custo está muitas vezes associado. Entretanto, segundo Vianna e colaboradores (2005), esta visão positiva se deve ao fato de que o usuário consegue o medicamento, produto que reconhece como um bem de alto valor agregado; e também pela ausência de inúmeros procedimentos de alto custo nos planos de saúde, o que os torna inacessíveis a quase toda a população fora do SUS.

E agora tá ampliando, tá melhorando, facilitou realmente pra população, aumentou o acesso. Aumentou o número de usuários porque aumentou o acesso é um ponto positivo. (F2)

Tem vários pacientes que dizem assim: “Olha, fiquei surpreso, achei que eu ia encontrar a dificuldade que a gente encontra quando precisa de atendimento médico no SUS, pior ainda porque eu estou indo buscar um medicamento de alto custo”. (M1)

Mesmo no sacrifício de conseguir, ainda bem que tem. Claro que tem que melhorar muita coisa, mas acho que os passos estão sendo dados”. (U7)

Por outro lado, os atores referem que a oferta e a organização dos serviços de saúde contrastam com os requisitos estabelecidos pelo CEAF, gerando dificuldades para o acesso aos medicamentos e/ou para o acompanhamento dos tratamentos. É no contexto deste entendimento que a fragmentação do cuidado e sua relação com a atual forma de organização e gestão do sistema apareceram como tema relevante nas falas. Todas as temáticas a seguir abordadas estão ancoradas neste entendimento geral, da qual emergiram as cinco categorias analíticas: uma relacionada com o *hardware* do sistema de saúde (*limitações na oferta de serviços*) e quatro relacionadas com o *software* (*problemas de articulação entre serviços de saúde; problemas no fluxo de informação e comunicação; foco dos serviços farmacêuticos no produto (medicamento); comprometimento do atendimento multiprofissional*).

Limitações na oferta de serviços

Conforme o relato dos atores, os procedimentos, como consultas com especialistas e exames, constantes nos protocolos (critérios de diagnóstico e mecanismos para o monitoramento clínico), ainda não são garantidos a todos que necessitam. Estas limitações, também relatadas por Almeida e colaboradores (2010), foram assim descritas:

Eu estou um ano esperando o resultado de um raio X eu não consegui pegar esse hormônio [medicamento] porque não tinha esse resultado, desse exame. Outra coisa, eu tenho direito da minha filha se consultar onde ela tá fazendo o tratamento, aí de tanto insistir, tanto insistir eu consegui, mas isso levou quatro meses e ela já estava dois anos sem se consultar. (U3)

Quer dizer, toda a política de deshospitalizar paciente etc. e tal, não acho que a nível de medicamento, aí é um problema dos aparelhos. Não tem unidade básica, não tem especialista suficiente na rede, não tem... (M6)

Não é de hoje que a assistência à saúde nos níveis de especialidades, apoio diagnóstico e terapêutico, média e alta complexidade, em geral, constituem um ponto importante de estrangulamento dos serviços de saúde (FRANCO; MAGALHÃES JUNIOR, 2003). Essa foi uma preocupação observada na construção do CEAF, ao passo que os PCDTs, além de orientarem o processo de cuidado devem auxiliar os gestores da saúde, nas três esferas de governo, também como instrumento de apoio para o planejamento na disponibilização

de procedimentos (BRASIL, 2010a). Nesse sentido, em 2012, foi publicada a Portaria nº 841, a qual define que a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde deve estar fundamentada nas normas, protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas do SUS.

Entretanto, apesar das políticas e estratégias existentes, na percepção dos atores o sistema não é pensado como um todo, e as limitações continuam frequentes.

Problemas de articulação entre serviços de saúde:

Nesta categoria destacam-se os entendimentos acerca da falta de articulação entre os serviços, a qual, na percepção dos atores, impacta negativamente na coordenação do cuidado.

Porque não adianta receber o órgão e ter falta de medicamento, volta pra máquina de novo? Por isso que cada coisa tá ligada na outra né! Tudo tem que funcionar! (U6)

Não existe um contato direto entre a gente e vocês [farmacêuticos]. (M1)

Praticamente são três segmentos que são separados por gestores diferentes, a coordenação de assistência farmacêutica não tem gerência sobre o almoxarifado que é uma coisa completamente desconexa. Como que você trabalha com a aquisição de medicamento e você não interfere na logística? Isso é insano, é muito grave. (F3)

Tem outra instância lá, então é muito difícil de resolver, não depende só deles [farmácia] daqui para frente já é outro [coordenação estadual de assistência farmacêutica]. (U5)

A falta de articulação entre os serviços também não é um problema recente, apesar dos esforços, no setor público, de se investir na constituição de um sistema interligado de serviços, com fluxo regular de regras, pessoas e formas de comunicação (CAMPOS, 2007). Segundo Lavras (2011), o SUS se encontra fragmentado devido à fragilidade do processo de articulação entre as instâncias gestoras do sistema, entre os serviços e, ainda, entre as práticas clínicas desenvolvidas por diferentes profissionais, dificultando o acesso e a continuidade da atenção. Para Almeida e colaboradores (2010), a falta de coordenação entre os diferentes níveis de atenção no SUS foi apontada como entrave à garantia do cuidado integral em quatro estados do Brasil, incluindo Santa Catarina.

Nesse contexto, é necessária a efetivação de um modelo que garanta a continuidade assistencial (HARTZ; CONTANDRIPOLOUS, 2004; MENDES, 2011). E a estruturação das Redes de Atenção à Saúde (RAS) apresenta-se como uma alternativa potente, conforme demonstrado por alguns países que conseguiram consolidar sistemas de saúde integrados, que favoreçam

o acesso, a continuidade e a racionalização dos recursos (SHIMIZU, 2013; KUSCHINIR; CHORNY, 2010).

Ainda segundo os atores, a falta de articulação é muito evidente na organização do acesso aos medicamentos. A assistência farmacêutica, organizada por componentes (Especializado, Básico e Estratégico) financiados e geridos de formas distintas, dificulta, na prática, a lógica do atendimento por linhas de cuidado e o exercício profissional farmacêutico, uma vez que não há fluxos coordenados. É importante destacar que, embora os componentes tenham regulamentos e financiamentos distintos, isso não significa que na prática eles precisem ser organizados de forma independente; pelo contrário, sua integração é de suma importância, objetivando viabilizar o acesso.

Pego aqui, também pego alguns no posto e o judicial que eu pego agora é lá em Campinas. (U6)

Por exemplo, ele vem lá do [bairro], pega olanzapina, aí pega ainda outro medicamento em outra unidade [distrital] aí retorna pra unidade dele ainda, pega pra prescrição. O paciente, ele não tem vantagem nenhuma no serviço posto como está... (F1)

Para Campos (2007), o sistema de saúde parece estar organizado na lógica de mercado, na qual cada serviço é um ente autônomo, e cabe ao paciente deslocar-se entre estes serviços para garantir a “integralidade” do cuidado. Destacam-se neste cenário, os hospitais e serviços especializados, os quais, em geral, estão situados em cidades-polo e ainda funcionam isolados, como no modo liberal-privatista (VASCONCELOS, 2005; GERSCHMAN; VIANA, 2005), o que, segundo Malta e colaboradores (2004), resulta na produção de atos desconexos sem uma intervenção articulada e cuidadora, e na redução da eficácia da assistência prestada.

A alternativa, por meio da estruturação das RAS, traz a preocupação apontada por Shimizu (2013). O autor, ao estudar as percepções dos gestores sobre os desafios para a formação das RAS, identificou que há entendimentos de que o sistema é composto de várias “redes” como a da atenção primária e da atenção especializada. Estes entendimentos tendem a manter a segmentação do sistema e dificultam o atendimento por linhas de cuidado.

Problemas no fluxo de informação e comunicação

A forma atual de organização, na percepção dos atores, reflete em como se estabelecem as relações entre as diversas áreas, resultando, entre outros, na falta de comunicação entre os serviços.

A gente tem a questão da comunicação intersetorial que praticamente é muito, muito rarefeita. A gente tinha que ter esses canais já estabelecidos de forma que a informação seja fluida [...] a gente não sabe o que informar para o usuário, por exemplo, quando falta um medicamento... (F3)

Eu vejo o componente especializado muito isolado e isso leva a uma dificuldade em entender e que só tem acesso o farmacêutico. Se fosse como é no componente básico, acho que tudo facilita, porque os prescritores sabem os medicamentos, eles entendem melhor, até o acesso é mais facilitado. Estar mais próxima da população, estar nas unidades de saúde, e ser totalmente descentralizado, quem sabe se entenderia um pouquinho a lógica dele [Componente]... (F1)

Como é possível observar nas falas, a falta de comunicação leva ao desconhecimento sobre o funcionamento do componente, o que inviabiliza o uso adequado dos mecanismos existentes, comprometendo, por exemplo, a disponibilidade oportuna dos medicamentos. Em outras palavras, o grau de informação em saúde é um dos determinantes do acesso aos serviços e, portanto, do padrão de utilização dos mesmos (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Ainda segundo os relatos dos médicos, o usuário acaba sendo a ponte entre os serviços, é fonte de informação, pois não existem, na realidade, uma rede de serviços e um fluxo estabelecido de informações.

Conheço muito pouco [CEAF], acho que só as informações através do paciente. (M1)

Conheço a portaria. A informação eu sei porque eu corri atrás, tem que ir atrás porque senão, não sabe nada. (M6)

Os problemas de acesso à informação e de comunicação chamam novamente a atenção quando os usuários, ao reconhecerem a necessidade de maior divulgação e de fontes de informação efetivas, apontam o profissional médico como o principal responsável pelas informações e orientações. No entanto, os próprios médicos citaram os pacientes como referência para conhecer o Componente.

[...] o nosso meio de saber é boca a boca, né. Então assim, são coisas que a gente não sabe, enfim teria que ter um sistema [e o dever de informar] eu acho que é do médico, o médico pode te dizer se tu pode conseguir assim, se tu pode conseguir assado, né. (U6)

A influência do modelo biomédico é observada nas falas dos usuários, ao destacarem o papel do médico no acesso às informações. Este fato somado à falta de informações relatada pelos usuários e médicos é uma situação e altamente perversa. Esta percepção tem seu significado ampliado quando analisada à luz da colocação de Malta e colaboradores (2004) de que, quando inexistente um cuidador

que oriente o percurso, o usuário faz o seu próprio caminho pelos serviços, e muitas vezes, só ele mesmo consegue recuperar a história da sua peregrinação, sendo o seu próprio “fio condutor”. Essa prática pode ainda levar a erros, induzindo ao consumo de procedimentos, repetições de procedimentos desnecessários, e tornando a atenção mais onerosa e ineficiente (MALTA; MERHY, 2010).

Foco dos serviços farmacêuticos no produto (medicamento)

No modelo hegemônico de saúde, há também a supervalorização do medicamento. Neste cenário, segundo Santos (2011), a concepção da assistência farmacêutica foi sendo construída focando os serviços farmacêuticos (como um todo) no produto medicamento e negligenciando as pessoas e suas necessidades.

O farmacêutico fica muito isolado disso [monitoramento dos tratamentos] e só na logística né, controlando estoque, receita, infelizmente. (F3)

Mas a gente não tem o que fazer, seria a carga burocrática que esse componente traz e faz com que os serviços farmacêuticos fiquem muito restritos nisso, em estar dando conta de questões mais administrativas. Porque o acesso tá restrito apenas ao fato de entregar o medicamento, a gente pode estar aumentando o custo desse tratamento, né. Um medicamento que às vezes está causando alguma reação adversa ou não está sendo efetivo, vai levar a uma internação, intercorrências... (F1)

Para os farmacêuticos, este foco impacta diretamente nos serviços prestados, pois as atividades do serviço são organizadas priorizando as questões burocráticas e logísticas em detrimento do acompanhamento de aspectos clínicos, previstos nos PCDTs. Percepções similares foram encontradas por Araújo e Freitas (2006). Segundo Lima-Dellamora e colaboradores (2012), essa percepção também é compartilhada com os prescritores.

Como resultado e corroborando Feuerwerker (2005), os trabalhadores ficam presos a estes processos e não têm autonomia para ampliar a qualidade do cuidado e utilizar sua capacidade de decisão, de envolvimento, de compromisso e vínculo com o usuário para resolver os problemas do dia a dia. De fato, a farmácia, dentre as profissões de saúde, é a única cujo acesso se refere, quase que exclusivamente, ao insumo (medicamento) e não ao serviço profissional, como o acesso à assistência médica e aos cuidados de enfermagem (SOARES, 2013).

Nesse contexto, foi levantado tanto pelos farmacêuticos quanto pelos médicos, o distanciamento da “gestão” (coordenação de assistência farmacêutica estadual)

em relação a quem executa os serviços diretamente ao usuário e ao próprio usuário. Esta percepção também é descrita por Lima-Dellamora e colaboradores (2012).

Também se eles [gestor estadual] tivessem mais contato com a unidade teriam mais contatos com os usuários. Porque, às vezes, é muito mais fácil falar: aí não dá, é só no mês que vem, ou encaminha tudo de novo pra reavaliar que eu não me lembro desse caso, mas só que daí demora muito tempo e não querem saber tanto porque estão distantes. (F2)

Gestores de saúde em geral se atêm muito ao gasto imediato com determinado medicamento ou determinado procedimento e não tem uma visão de médio a longo prazo, porque a gestão dele já passou, amanhã ou depois. (M6)

Eles [gestor estadual] trabalham muito na lógica do sistema [informatizado], o sistema não permite dispensar então não se dispensa e não no que isso vai repercutir no acesso ou não acesso. Vai repercutir numa internação e vai custar muito mais do que o próprio acesso, e sem contar em custos emocionais e todo o restante. O pessoal da gestão está focado apenas no acesso do produto e não de cuidado do paciente... (F1)

Tal distanciamento do contato diário com os usuários leva a uma “desumanização”, decorrente das relações impessoais que se estabelecem, com perda de sensibilidade para os incidentes ou problemas pessoais (SILVA, 2008). Segundo Cecílio (2011), quem faz gestão em saúde, pela natureza da sua função ou pelo lugar institucional que ocupa, tende a se colocar de modo “externo” a esse campo micropolítico, enxergando-o como território a ser normalizado e controlado. Para Watson (2005), é possível notar a ênfase na racionalização, no controle e no conhecimento técnico que caracteriza a forma sistêmico-controladora de estruturação da organização e da gestão, emergente do Iluminismo e da Revolução Industrial na Europa.

Estas situações se apresentam, por exemplo, nos casos em que aparecem problemas no fluxo do processo burocrático e que impactam tanto no funcionamento do sistema, quanto nos resultados em saúde percebidos pelos usuários. Há, desta forma, o entendimento de que os gestores consideram os processos técnicos e burocráticos como o fim, e não como o meio para alcance dos resultados em saúde, e que o foco desse processo é a disponibilização do medicamento. Percepção semelhante foi descrita por Mendes (2013), em estudo realizado em Santa Catarina, sobre a gestão do Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF). As ocorrências durante a interação entre os diversos atores indicam a importância de compreensão do caráter humano e social que influencia os processos organizacionais (SHEIKH et al., 2011).

Comprometimento do atendimento multiprofissional

Os aspectos anteriormente mencionados impactam negativamente no atendimento multiprofissional dos usuários.

Porque precisaria não só do farmacêutico, mas sim dos médicos, ter um acompanhamento de outros profissionais, nutricionista, e a gente fica bem isolado, na rede, não tem rede, é o especializado ali isolado, não tem interação. (F2)

De acordo Cecílio e Merhy (2003), o cuidado, nas organizações de saúde em geral, é, por sua natureza, necessariamente multidisciplinar. Entretanto, segundo os autores, a assimetria das relações entre os profissionais oculta a imprescindível colaboração que deve existir, pois de forma idealizada, o cuidado é o somatório de vários pequenos cuidados parciais que vão se complementando, de maneira negociada, entre os vários cuidadores, numa complexa trama de atos, de procedimentos, de fluxos, de rotinas e de saberes (SHEIKH et al., 2011).

Vários autores discutem a necessidade da construção compartilhada do cuidado. Bernardes e colaboradores (2007) trazem a importância do trabalho em equipe e da comunicação como elementos importantes na gestão do cuidado. Nesse sentido, a relação entre os profissionais e a troca de informações entre estes não deveria ser incomum, diante da importância do desfecho para o usuário. No estudo de Lima-Dellamora e colaboradores (2012), a interação entre médicos e farmacêuticos tem apresentado dificuldades, que se agravam pela falta de proximidade entre estes serviços.

Para Cecílio e Merhy (2003), a coordenação do cuidado se faz por meio de mecanismos como a criação de “pontes” entre as lógicas das profissões, uma coordenação horizontal, buscando a melhor articulação entre as várias “estações” (serviços). Cabe o desafio de conectá-las, da forma mais adequada, de coordenar adequadamente esse conjunto diversificado (MALTA; MERHY, 2010). A proposta pensada para vencer os desafios começa, então, pela reorganização dos processos de trabalho (CECÍLIO; MERHY, 2003).

Considerando os aspectos antes mencionados, é clara a forte dependência do CEAF em relação às outras ações estruturantes da política de saúde; nesse contexto, a integração entre os serviços é fundamental para a garantia do cuidado.

E ainda, uma vez que as características dos serviços capacitam o usuário a acessá-los, e que a capacidade de produzir serviços é dependente da estruturação e gestão destes, os fluxos deveriam ser claros e ágeis, com maior integração entre

os diferentes níveis de complexidade, como proposto por Soares (2013). Para a solução dos problemas identificados, é imprescindível a coordenação dos serviços, o *continuum* dos cuidados, a cooperação entre os provedores (intercâmbio constante e duradouro de recursos) e o reconhecimento da interdependência entre os atores e organizações (LEATT; PINK; GUERRIERE, 2000; HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004; MALTA; MERHY, 2010).

Os pontos até então discutidos são também identificados por Hartz e Contandriopoulos (2004) ao representarem as principais dimensões de um sistema integrado de saúde. Para os autores, integração é um processo que consiste em criar e manter uma governança comum entre os atores e organizações, com o propósito de coordenar sua interdependência, permitindo-lhes cooperar para a realização de um projeto coletivo, de forma durável visando assegurar a continuidade e a globalidade dos serviços. Bernardes e colaboradores (2007) discutem estas questões, as quais referem como a dimensão sistêmica da gestão do cuidado, ou seja, aquela que trata de construir conexões formais, regulares e regulamentadas entre os serviços de saúde, compondo “redes” ou linhas de cuidado.

Concordando com Merhy e Onocko (1997), o caminhar pela linha de cuidado pressupõe a existência da rede que suporte as ações necessárias, adequado ao projeto terapêutico do usuário, o qual deverá comandar o processo de trabalho e o acesso aos recursos. Ou seja, as “pontes” e os “entrecruzamentos” entre a macropolítica e a micropolítica atravessam todo o percurso da linha de cuidado (CECÍLIO; MERHY, 2003)

Na mesma lógica, Malta e Merhy (2010) discutem a efetivação da linha de cuidado e sua dependência da determinação e apoio dos gestores, os quais controlam serviços e recursos assistenciais e devem buscar superar a segmentação do cuidado através de articulações intersetoriais, mudanças na legislação e na regulação, na organização e na informação em saúde (macroprocessos). Para Shimizu (2013), contrastando com os achados deste estudo, cabe aos gestores também mudanças no modo de fazer gestão, visando horizontalizar relações, aproximar os participantes, planejar e pactuar, de modo que as RAS se consolidem.

A efetivação de um “sistema sem muros” se constitui então um importante desafio aos sistemas de saúde, demandando avaliações para sua efetiva implantação (HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004). Para Merhy e Onocko (1997), ao analisarem o “caminhar” do usuário, pode-se verificar se este fluxo está centrado

no campo de suas necessidades, ou ao contrário, se ocorre a fragmentação ou interrupção da assistência.

O esperado, segundo Malta e Merhy (2010), é um “caminhar” seguro, sem obstáculos, pois isto garantirá a qualidade da assistência. Cuidados incompletos e muitas vezes ineficazes terminam por colocar em risco a vida dos pacientes, além de sobrecarregar financeira e operacionalmente o sistema. Nesse sentido, as linhas de cuidado devem ser vistas como organizadoras do trabalho e fundamentais para o encadeamento de ações.

Infelizmente, na América Latina ainda são incipientes as reformas centradas na coordenação dos cuidados, o que se reflete no reduzido número de estudos que tratam deste tema (ALMEIDA et al., 2010). Especificamente no Brasil, apesar da regulamentação existente, (BRASIL, 2006; 2010c; 2011b), que visa ofertar uma atenção contínua (ALMEIDA et al., 2010) e integral a determinada população, prestada no tempo e lugar certo, com qualidade e de forma humanizada (MENDES, 2009), a fragmentação dos serviços ainda é bastante presente (SHIMIZU, 2013).

Especificamente no CEAF, as linhas de cuidado configuram uma das estratégias visando à continuidade da atenção. Entretanto, segundo os relatos dos atores, esta diretriz nacional não é suficiente para o alcance dos resultados, uma vez que, no nível local, elas são reinterpretadas e colocadas em prática conforme a realidade de cada lugar.

Os achados deste estudo corroboram, também, Bigdeli e colaboradores (2013), pois, segundo os autores, a maioria das intervenções de fortalecimento de sistemas de saúde ignora as interconexões entre os componentes dos sistemas, e o acesso a medicamentos se dá através de abordagens fragmentadas e geralmente centradas na oferta sem relação com as questões mais amplas de acesso a serviços de saúde.

Conclusão

Os atores, usuários, médicos e farmacêuticos, reconhecem o CEAF como um mecanismo que tem garantido medicamentos para várias patologias, incluindo tratamentos para fases mais complexas de doenças e agravos, mas destacam que a forma de organização e gestão dos serviços não propicia a continuidade da atenção, o que tem resultado em um cuidado fragmentado.

As análises relevam que a maior parte dos fatores que impactam negativamente no cuidado são relacionados ao *software* do sistema, o que sugere a necessidade de enfoque no papel dos sujeitos nesse processo. Entende-se que são imprescindíveis os investimentos em estratégias que aproximem as formas de organização do trabalho e que busquem a prática interdisciplinar para a concretização do *continuum* dos cuidados.

Na percepção dos atores, é necessário colocar as diretrizes em prática e incorporar diretrizes da Política de Humanização na gestão mediante o diálogo e a aproximação com a realidade do serviço, de modo que a integração dos níveis assistenciais torne todos os recursos disponíveis, sendo integrados por fluxos guiados pelo projeto terapêutico do usuário.

Desta forma, a consolidação do CEAF como uma estratégia viável para a garantia de acesso aos medicamentos, de forma resolutiva, exige uma mudança significativa de postura nos serviços de saúde. É preciso romper a lógica de que o fornecimento do produto, por si só, garante o cuidado, e avançar na lógica de um serviço farmacêutico como parte do entendimento global do sistema de saúde e sua organização. O serviço, e não o produto, pode ser uma estratégia para garantir acesso universal e integral, numa concepção real de cuidado como linha contínua, linha de cuidado.

Apesar de este estudo estar no contexto do CEAF em um estado do Brasil, os resultados corroboram e complementam as percepções descritas em outros estudos, o que pode indicar que a situação seja semelhante em outras regiões do país. Este componente adquiriu uma dimensão, tanto do ponto de vista financeiro, quanto da complexidade da sua gestão e das patologias envolvidas, que exige aprofundar estudos que contribuam para aperfeiçoá-lo, contemplando a perspectiva dos diferentes atores envolvidos, no sentido de que o mesmo se torne capaz de dar a resposta esperada, ou seja, que garanta acesso ao cuidado.¹

Referências

- ALMEIDA, P. F. et al. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. *Cad Saúde Pública*, v. 26, n. 2, p. 286-298, 2010.
- ARAÚJO, A. L. A.; FREITAS, O. Concepções do profissional farmacêutico sobre a assistência farmacêutica na unidade básica de saúde: dificuldades e elementos para a mudança. *Braz Journal Pharm Sciences*, v. 42, n. 1, p. 137-146, 2006.

BARRETO, J. L.; GUIMARÃES, M. C. L. Avaliação da gestão descentralizada da assistência farmacêutica básica em municípios baianos, Brasil. *Cad Saúde Pública*, v. 26, n. 6, p. 1207-1220, 2010.

BERNARDES, A. et al. Os ruídos encontrados na construção de um modelo democrático e participativo de gestão hospitalar. *Cien Saude Colet*, v. 12, n. 4, p. 861-70, 2007.

BEVAN, G.; HELDERMAN, J. K.; WILSFORD, D. Changing choices in health care: implications for equity, efficiency and cost. *Health Econ Policy Law*, v. 5, n. 3, p. 251-67, 2010.

BIGDELL, M. et al. Access to medicines from a health system perspective. *Health Policy and Plann*, v. 28, p. 692-704, 2013.

BRASIL. Portaria nº 699, de 30 de março de 2006. Regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, mar. 2006.

_____. Portaria nº 2.981, de 26 de novembro de 2009. Aprova o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, nov. 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. *Da excepcionalidade às linhas de cuidado: o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica*. Brasília, DF; 2010a.

_____. Ministério da Saúde (MS). *Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas*. Brasília, DF: MS, 2010b.

_____. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, dez. 2010c.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Assistência Farmacêutica no SUS*. Brasília, DF: CONASS, 2011a.

_____. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, jun. 2011b.

_____. Portaria nº 841, de 2 de maio de 2012. Publica a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, maio. 2012.

_____. Portaria nº 1.554, de 30 de julho de 2013. Dispõe sobre as regras de financiamento e execução do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, jul. 2013.

_____. Pesquisa Nacional sobre o acesso, utilização e uso racional de medicamentos no Brasil 2014. *Primeiros Resultados*. Disponível em: <http://u.saude.gov.br/images/pdf/2015/janeiro/08/PNAUM.pdf>. Acesso em: 25 maio 2015.

CAMPOS, G. W. S. O SUS entre a tradição dos Sistemas Nacionais e o modo liberal-privado para organizar o cuidado à saúde. *Cien Saude Colet*, supl. 12, p. 1865-1874, 2007.

CECÍLIO, L. C. O. Apontamentos teórico conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde *Interface-Comunic, Saude, Educ*, v. 15, p. 589-99, 2011.

CECÍLIO, L. C. O.; MERHY, E. E. *A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar*. Campinas, 2003. (mimeo).

FEUERWERKER, L. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. *Interface-Comunic, Saude, Educ*, v. 9, n. 18, p. 498-506, 2005.

FRANCO, T. B., MAGALHÃES JÚNIOR, H. M. A integralidade na assistência à saúde. In: MERHY et al. (Orgs.). *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: Hucitec, 2003. 125-133 p.

GERSCHMAN, S.; VIANA, A. L. D. Descentralização e desigualdade regionais em tempos de hegemonia liberal. In: LIMA, N. T. et al. (Org.). *Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 307-351.

GUIX, J. Analizando los “porqués”: los grupos focales. *Rev Calidad Asistencial*, v. 18, n. 7, p. 598-602, 2003.

HARTZ, Z. M. A.; CONTANDRIOPOULOS, A-P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. *Cad Saude Pública*, v. 20, supl. 2, p. 331-336, 2004.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Estados@*. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=sc>>. Acesso em: 18 nov. 2014.

KUSCHNIR, R.; CHORNY, A. H. Redes de Atenção à Saúde: contextualizando o debate. *Cien Saude Colet*, v. 15, n. 5, p. 2307-2316, 2010.

LAVRAS, C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. *Saúde Soc*, v. 20, n. 4, p. 867-874, 2011.

LEATT, P.; PINK, G.; GUERRIERE, M. Towards a Canadian model of integrated healthcare. *Healthc Pap*, v. 1, p. 13-55, 2000.

LIMA-DELLAMORA, E.C.; CAETANO, R.; OSORIO-DE-CASTRO, C. G. S. Dispensação de medicamentos do componente especializado em polos no Estado do Rio de Janeiro. *Cien Saude Colet*, v. 17, n. 9, p. 2387-2396, 2012.

LU, C. Y.; WILLIAMS, K. M.; DAY, R. O. The funding and use of high-cost medicines in Australia: the example of anti-rheumatic biological medicines. *Aust New Zealand Health Policy*, v. 4, n. 2, p. 1-11, 2007.

MALTA, D. C. et al. Perspectivas da regulação na saúde suplementar diante dos modelos assistenciais. *Cien Saude Colet*; v. 9, n. 2, p. 433-444, 2004.

MALTA, D. C.; MERHY, E. E. O percurso da linha de cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. *Interface-Comunic, Saude, Educ*, v. 14, n. 34, p. 593-605, 2010.

MANZINI, F. *Assistência farmacêutica nos municípios catarinenses: desenvolvimento de um modelo para avaliação da capacidade de gestão*. 2013. 219 p. Dissertação (Mestrado em Farmácia) - Programa de Pós-Graduação em Farmácia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013.

MENDES, E. V. *As redes de atenção à saúde*. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, 2009.

_____. *As redes de atenção à saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde - OPAS, 2011.

MENDES, S. *Capacidade de gestão municipal da assistência farmacêutica: avaliação no contexto catarinense*. 2013. 239 p. Dissertação (Mestrado em Farmácia) - Programa de Pós-Graduação em Farmácia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013.

MERHY, E. E.; ONOCKO, R. *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997.

MINAYO, M. C. S. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 11ª ed. Petrópolis: Vozes, 1999.

POPE, C.; ZIEBLNAD, S.; MAYS, N. Qualitative research in healthcare: analyzing qualitative data. *BMJ*, v. 320, n. 7227, p. 114-116, 2000.

SANTOS, R. I. *Concepções de assistência farmacêutica no contexto histórico brasileiro*. 2011. 173 p. Tese (Doutorado em Farmácia) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Santa Catarina, 2011.

SHEIKH, K. et al. Building the Field of Health Policy and Systems Research: Framing the Questions. *PLoS Med*, v. 8, n.8, e1001073, 2011.

SHIMIZU, H. E. Percepção dos gestores do Sistema Único de Saúde acerca dos desafios da formação das Redes de Atenção à Saúde no Brasil. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 23, n. 4, p. 1101-1122, 2013.

SILVA, R. O. *Teorias da administração*. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2008.

SOARES, L. *O acesso ao serviço de dispensação e a medicamentos: modelo teórico e elementos empíricos*. 2013. 249 p. Tese (Doutorado em Farmácia) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Santa Catarina, 2013.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad Saúde Pública*, v. 20, supl. 2, p. 190-198, 2004.

VASCONCELOS, C. M. *Paradoxos da mudança no SUS*. 2005. Tese. Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Campinas, São Paulo, 2005.

VIANNA, S. M. et al. *Atenção de alta complexidade no SUS: desigualdades no acesso e no financiamento*. Ministério da Saúde SCTIE/DES e Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA, DISOC. Projeto Economia da Saúde, v. 1. Brasília, DF, 2005.

WATSON, T. J. Organização e trabalho em transição: da lógica “sistêmico-controladora” à lógica “processual-relacional”, *RAE*, v. 45, n. 1, p. 14-23, 2005.

Nota

¹ M.R.M. Rover coletou os dados, analisou os achados de campo e redigiu o texto. S.N. Leite auxiliou na análise dos resultados, na concepção e na redação final. C. M. Vargas-Pelaéz colaborou nas análises dos resultados e na elaboração do texto. M.R. Farias auxiliou na coleta dos dados e na redação final do texto.

Abstract

From the system's organization to the fragmentation of care: perception of users, doctors and pharmacists about the Specialized Component of Pharmaceutical Care

The Specialized Pharmaceutical Care Component (CEAF) of the Unified Health System (SUS) aims to ensure the comprehensiveness of drug treatment in the outpatient care. In order to analyze the perceptions of the actors involved with the CEAF about this Component, a qualitative research (focus group and semi-structured interviews) was conducted. A strong dependence of CEAF in relation to other structural actions in health policy was observed. According to the actors, the current organization and management of health services do not promote continuity of care, which results in fragmented care. Factors such as lack of coordination among healthcare services and professionals, problems in the organization of flows and insufficient provision of services were highlighted. Furthermore, the focus of pharmaceutical services on medication, that means, a minimalist view, has impacted in different ways the healthcare provided for the people. Coordination of services, appropriate to health needs, should result in the perception of continuity of care from the perspective of the user is necessary. In this way, it is understood that the access to medication has been ensured, but the comprehensiveness of healthcare, preconized by the "healthcare lines", is compromised.

► **Key words:** pharmaceutical care; integral care; health services; systems integration; health services evaluation.