

**Concurso “Prêmio Farmacêutico Augusto Stellfeld – CRF-PR 2013”**

**Tema: Farmacêutico é mais saúde**

## **FARMACÊUTICO NO SUS: CADA VEZ MAIS SAÚDE**

Autores: Dayanna Hartmann Cambuzzi Mendes, Rodrigo Batista de Almeida e Deborah Brasil Lustoza de Oliveira.

## **FARMACÊUTICO NO SUS: CADA VEZ MAIS SAÚDE**

## RESUMO

O Sistema Único de Saúde, ao longo dos 25 anos de existência, apresentou grandes transformações nas ações e serviços de saúde. O objetivo do trabalho foi verificar a inserção do profissional farmacêutico no sistema público de saúde no Paraná. A metodologia adotada foi a análise das proposições constantes nos relatórios das dez Conferências Estaduais de Saúde realizadas no Paraná, relacionadas com a temática. Ao todo, 297 propostas foram analisadas, o que permitiu verificar que o farmacêutico foi sendo cada vez mais incluído em diferentes ações e serviços do sistema. Conclui-se que o sistema público de saúde do Paraná vem priorizando as ações do farmacêutico, como demonstrado pelos documentos analisados.

**Palavras-chave:** Conferência Estadual de Saúde, farmacêutico, Sistema Único de Saúde.

## ABSTRACT

*The Health System, over the 25 years of existence, showed major changes in the actions and health services. The objective of this work was to verify the inclusion of pharmacists in the public health system in Paraná, Brazil. The methodology included analysis of the propositions contained in the reports of the ten Conferências Estaduais de Saúde held in Paraná, related to the theme. In all, 297 proposals were analyzed, which allowed us to verify that the pharmacist was being increasingly included in different actions and system services. It is concluded that the public health system of Paraná is prioritizing the actions of the pharmacist, as demonstrated by the documents analyzed.*

**Keywords:** Conferência Estadual de Saúde, *pharmacist*, Sistema Único de Saúde.

## INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS), previsto na Constituição Federal de 1988 e regulamentado pela lei 8.080 de 1990, completou 25 anos, decorrente de um projeto social transformador (MACHADO, 2013). Um dos grandes desafios é garantir que os seus princípios efetivamente balizem as ações e serviços ofertados (PAIM, 2013). No tocante à participação social, tem grande importância as Conferências Estaduais de Saúde (CES). Fruto do conjunto de temas anteriormente discutidos no âmbito municipal, as CES sinalizam os obstáculos a serem superados e os modelos a

serem implantados no SUS. Nesse sentido, as propostas apresentadas indicam a postura política e ideológica construída coletivamente e que deve nortear a organização de um dos maiores sistemas de saúde, já que o SUS movimenta R\$ 160 bilhões por ano (GADELHA & COSTA, 2012).

Indispensável ao SUS, o farmacêutico vem paulatinamente sendo requisitado para diferentes atividades. A colaboração desse profissional é essencial. Estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS) mostram que mais da metade dos medicamentos é prescrita ou dispensada de forma inadequada, além de metade dos pacientes não usar esses produtos corretamente (QUELUZ & LEITE, 2008).

Quanto à dispensação, apesar de existir no Brasil um farmacêutico para cada 1.400 habitantes, esses profissionais estão concentrados em São Paulo, Minas Gerais e Paraná, o que leva a situações como a do Piauí, em que não há farmacêutico em 50% das farmácias (CORRER *et al.*, 2013). O acesso aos medicamentos é outro assunto controverso (SANCHEZ & CICONELLI, 2012). Por um lado, o gasto médio *per capita* com medicamentos aumentou de R\$ 10,65 para R\$ 17,91 na última década (GARCIA *et al.*, 2013). Esse aumento pode ser explicado pelo aumento na renda ou expansão do mercado farmacêutico (DAUGHTON, 2013). Por outro lado, o acesso ainda não está universalizado. Um estudo demonstrou que menos da metade dos pacientes do SUS que tiveram medicamentos prescritos os obteve no próprio sistema (BOING *et al.*, 2013). Assim como outros países latinoamericanos, o Brasil apresenta debilidades institucionais que impedem a consolidação de políticas que promovam o acesso (TOBAR *et al.*, 2012).

No Paraná, o fornecimento de medicamentos para os municípios ocorre, geralmente, pelo Consórcio Paraná Saúde, criado em 1999. Dos 399 municípios do estado, 391 são consorciados. O estado repassa a contrapartida federal e estadual para a aquisição de medicamentos (GROCHOCKI, 2013). No âmbito federal, entre 2005 e 2009, houve um incremento de 65,3% nos recursos financeiros da União para a aquisição de medicamentos (VIEIRA & ZUCCHI, 2013). Mas além do acesso aos medicamentos, outras necessidades se colocam como obstáculos para a efetiva consolidação do SUS. De modo que, o farmacêutico é um profissional-chave, se inserido adequadamente no sistema em diferentes ações.

O presente estudo tem como objetivo analisar a evolução do farmacêutico e a consolidação da Assistência Farmacêutica no SUS, pela análise das propostas/deliberações das dez Conferências Estaduais de Saúde do Paraná.

## MATERIAL E MÉTODOS

Este trabalho trata-se de um estudo descritivo e retrospectivo, realizado a partir da análise das deliberações/propostas resultantes das dez Conferências Estaduais de Saúde (CES) do Paraná, realizadas entre 1992 e 2011. Como critério de inclusão foi considerada a presença dos seguintes termos no texto de cada proposta: “*fármaco*”, “*farmacêutico*”, “*Assistência Farmacêutica*”, “*farmácia*” e “*medicamento*”. Após a consolidação dos dados, o conjunto foi analisado com base no referencial teórico e apresentado por estatística descritiva.

Este trabalho apresentou uma limitação de estudo relacionada à coleta de dados, pois termos diferentes dos selecionados também poderiam remeter a deliberações relacionadas à trajetória do farmacêutico no SUS.

## RESULTADOS

Foram identificadas 297 propostas, que constituíram a amostra deste estudo. Analisando as diferentes deliberações, foi possível estabelecer um comparativo entre as CES, de modo a traçar um panorama da inserção do farmacêutico no sistema de saúde, bem como a importância dada ao medicamento.

Para facilitar a explanação sobre os principais achados, optou-se por alocar os resultados em diferentes tópicos.

### 1) Pesquisa e desenvolvimento (P&D) e controle de qualidade de medicamentos

Inicialmente, foi enfatizada a importância de se estimular a pesquisa e a produção de medicamentos no Paraná, sobretudo nas universidades (1<sup>a</sup>, 2<sup>a</sup>, 3<sup>a</sup> e 4<sup>a</sup> CES). A partir da 5<sup>a</sup> CES não se estimulou mais a produção estadual de medicamentos. Uma das proposições constante no relatório da 4<sup>a</sup> CES sinalizava esse direcionamento ao propor maior rigor na fiscalização de atividades que

poderiam apresentar maior risco, como farmácias de manipulação e indústrias de medicamentos. Em relação ao controle de qualidade, este assunto permeou a maior parte dos relatórios, tanto voltado para os medicamentos que supostamente seriam produzidos no estado, como o controle de qualidade para os produtos adquiridos, o qual seria realizado em diferentes laboratórios organizados pelo LACEN.

## 2) Assistência Farmacêutica

A Assistência Farmacêutica é o processo que envolve diferentes etapas: seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição e utilização de medicamentos. Na seleção ocorre a definição do elenco básico de medicamentos que irá cobrir a maior parte da demanda farmacoterapêutica de uma população, o que exige que uma comissão multiprofissional (Comissão de Farmácia e Terapêutica - CFT) verifique, com base na realidade epidemiológica local e informações técnicas sobre segurança e eficácia, quais os produtos mais adequados, considerando, também, a RENAME (Relação Nacional de Medicamentos Essenciais).

A preocupação em estabelecer uma CFT surge na 2ª CES, mas o tema também é tratado de forma específica nos relatórios da 3ª, 4ª, 5ª e 6ª CES, tornando a ser discutido na 9ª (sendo indicado utilizar o paradigma da “Medicina Baseada em Evidências”) e na 10ª CES, em que é enfatizada a necessidade de as CFTs (municipais e estadual) serem aprovadas pelos Conselhos Municipais de Saúde e Conselho Estadual de Saúde, respectivamente.

A organização da programação e aquisição de medicamentos aparece a partir da 2ª CES, embora de forma muito sutil (“*exigir dos fornecedores laudo técnico*”). Na 4ª CES é discutida a importância de qualificar os servidores responsáveis pela compra de medicamentos, sendo que a 5ª CES avança um pouco mais ao propor a exigência de cadastro e pré-qualificação de fornecedores (deliberação também presente no relatório da 6ª CES). A ausência dessa exigência nas edições posteriores da CES pode demonstrar que a questão da qualidade foi incorporada, sem merecer maior destaque nos relatórios.

Em relação ao armazenamento e distribuição, a 2ª CES já trata do tema, sugerindo que o estado deveria assessorar os municípios nessas etapas

mencionadas. A 5ª CES inovou na terminologia adotada ao propor as “Boas Práticas de Armazenamento”, certamente fruto das recomendações técnicas que começavam a se incorporar no vocabulário e na práxis da “garantia da qualidade” e “qualidade total”. A 6ª CES mantém a preocupação com o armazenamento adequado, como garantia da conservação dos medicamentos.

### 3) Organização da farmácia e dispensação farmacêutica

A 5ª CES se posicionou contrária ao programa Vale Farmácia, que transformava farmácias públicas em “postos avançados de medicamentos”. Nessa mesma conferência, foi proposto o fim das *drugstores* (farmácias com loja de conveniência), autorizadas a partir de 1999 pela portaria 226. A 6ª CES é ainda mais incisiva na reorganização das farmácias ao propor a concessão de farmácias pelo Estado, implantação da lei de zoneamento, garantia de plantão 24 horas em todos os municípios e a definição de uma política nacional de abertura de farmácias. Ainda na 6ª CES, a relação entre farmácia e promoção de saúde é debatido, assunto debatido em todas as próximas conferências.

O tema é tratado rapidamente na 7ª CES, ao discutir a importância da estrutura física das farmácias municipais como requisito para um bom atendimento. A 8ª CES volta a solicitar a revogação da regulamentação das *drugstores* e a utilização de critérios da OMS para a abertura de farmácias. No mesmo sentido, a 9ª CES ratifica a proposta de tornar a farmácia uma concessão do Estado.

Quanto à dispensação propriamente dita, houve grandes avanços. A 2ª CES entendia que o farmacêutico, nos municípios pequenos, poderia ser o responsável pela Assistência Farmacêutica, bem como pela Vigilância Sanitária e Vigilância Epidemiológica (de forma concomitante), o que demonstra o total desprezo pela atividade de dispensação. Houve uma evolução nesse posicionamento já a partir da 3ª CES, ao propor um farmacêutico responsável-técnico para as farmácias municipais e que a dispensação fosse remunerada pelo Ministério da Saúde. O tema ganha outras nuances na 4ª CES, em que se usa o termo “*uso racional de medicamentos*” e é proposta a adoção da prática da Atenção Farmacêutica,



posições seguidas pelas 5ª e 6ª CES. Os relatórios posteriores não se atêm muito à Atenção Farmacêutica, embora o “uso racional de medicamentos” permaneça.

Problemas diversos também foram objeto de várias proposições. As preocupações mais frequentes foram relacionadas à prescrição ilegível (2ª, 5ª, 6ª, 7ª, 8ª, 9ª CES) e às propagandas de medicamentos (2ª, 3ª, 6ª, 7ª e 8ª CES). A 2ª CES propôs a educação da população voltada para o armazenamento seguro de medicamentos nas residências (bem contrário às últimas recomendações sobre o assunto, que desaconselham o estoque domiciliar de medicamentos). Na mesma CES houve uma proposta para tornar as embalagens mais seguras. Quanto a embalagens, a 5ª CES recomendou que fossem adotados padrões para os medicamentos de uso contínuo (cores diferentes para patologias específicas) e para uso por pacientes com deficiência visual (braile). Outra situação problemática, a empurroterapia, foi discutida na 5ª CES, sendo proposta a proibição de comissões para atendentes de farmácia. Ainda mais prejudicial, a venda de medicamentos pela Internet, correio e em supermercados, foi abordada na 6ª CES (expressamente proibida por várias normativas, como a RDC 44, de 2009).

Outro problema apontado foi a falta de um efetivo controle sobre a circulação de medicamentos controlados. Como medida saneante, a 4ª CES recomendou a informatização do sistema de controle de psicotrópicos, sendo que a 5ª CES foi ainda mais incisiva ao propor o cruzamento dos dados das indústrias, distribuidoras e farmácias. Anos depois, viria a ser instituído o Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados (SNGPC).

#### 4) Papel do farmacêutico no sistema de saúde

A inserção do farmacêutico em equipes multiprofissionais surge como proposta na 5ª CES. Na 6ª e 8ª CES, o farmacêutico é entendido como elemento-chave nas equipes do PSF e, pela 10ª CES, do NASF.

## 5) Serviços específicos

Uma das atividades mais frequentemente relacionadas ao farmacêutico, no âmbito do SUS, é a Vigilância Sanitária, constantes de propostas da 1ª, 2ª, 4ª, 5ª e 6ª CES. Campanhas educativas, voltadas para a população, e programas de educação continuada, para o aprimoramento profissional, são indicadas a partir da 2ª CES. No documento da 6ª CES consta uma proposição voltada para os Centros de Informação de Medicamentos (CIM). Outro serviço farmacêutico é o fracionamento de medicamentos, abordado na 6ª CES.

## 6) Novos enfrentamentos

Questões como a gripe A (H1N1), a judicialização da Assistência Farmacêutica, transtornos mentais e o problema ambiental causado pelo descarte inadequado de medicamentos foram as marcas das últimas três CES.

A 8ª CES deu grande ênfase à saúde mental e à humanização. Uma das proposições tratava dos dependentes químicos; outra sugeria o fracionamento de medicamentos psicotrópicos, a fim de diminuir os casos de intoxicação e suicídio.

A 9ª recomendou que o estado garantisse a distribuição de medicamentos e vacinas em surtos epidêmicos, como o H1N1.

Quanto à crescente demanda judicial por medicamentos, sobretudo os de alto custo, a 8ª CES recomendou o fornecimento integral, desde que atendendo a protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas e após análise do parecer de uma câmara técnica. Nos relatórios da 9ª e 10ª CES também havia recomendações relacionadas à judicialização da Assistência Farmacêutica, no sentido de ampliar a oferta de medicamentos excepcionais, desde que aprovados pela ANVISA.

A 10ª CES trouxe grandes inovações. Inicialmente, ao estimular a inserção do farmacêutico no NASF, garantir farmacêutico em todas as unidades dispensadoras, organizar de forma especial os medicamentos para os idosos e exigir um sistema de captação e destino dos medicamentos não utilizados.

## DISCUSSÃO

Em todas as conferências percebemos a preocupação com assuntos relacionados com a Assistência Farmacêutica, desde implantação e estruturação, por meio da captura de recursos e financiamentos, assim como capacitação e qualificação dos profissionais incluídos nestes serviços. Esses assuntos seguem discutidos na sequência.

O estudo demonstrou as modificações que ocorreram nos serviços farmacêuticos no SUS, a partir de 1992, época da 1ª CES. As CES garantem o cumprimento do princípio da participação social (COELHO, 2012). Esses espaços de participação social colaboram para fazer um sistema de saúde inclusivo, acolhedor, integral, resolutivo e democrático (CUNHA & MAGAJEWSKI, 2012).

Inicialmente as ações propostas nas CES estavam ligadas somente à dispensação de medicamentos. Esse modelo de prática farmacêutica, centrado no fornecimento de medicamentos associado ao repasse de informações relacionadas ao uso, é adotado há setenta anos (CORRER, 2013). No entanto, o conceito de dispensação farmacêutica vem sendo alterado, transcendendo a noção de simples entrega de medicamentos (ALENCAR *et al.*, 2011).

Novas demandas foram se apresentando, exigindo do farmacêutico novo posicionamento. Um novo panorama é o envelhecimento da população. Em poucos anos, 30% da população brasileira será idosa (ANDRADE *et al.*, 2013). Em média, os idosos utilizam de dois a cinco produtos diferentes (OLIVEIRA *et al.*, 2012). Uma ferramenta interessante é a proposta da Associação Norte-Americana de Geriatria (Critérios de Beers), que relaciona os medicamentos que não podem ser usados em idosos (AGS, 2012). O crescimento da população idosa exige a adoção de novas políticas públicas de saúde (MENDES *et al.*, 2012).

O tratamento voltado à população idosa necessita, também, de serviços mais humanizados. Esse novo desafio é o tema da Política Nacional de Humanização, referência ética de orientação para as práticas de saúde (JUNGES *et al.*, 2012). Uma experiência interessante relacionada a essa temática é a organização da Assistência Farmacêutica em Bandeirantes (PR) (RANUCCI & SILVA, 2013). Diante desse novo paradigma, programas de Educação Permanente são indispensáveis para fomentar a discussão sobre a humanização do sistema (COTTA *et al.*, 2013).

Em concordância com a humanização do SUS está a Estratégia Saúde da Família, derivada do Programa Saúde da Família, apontada em diferentes relatórios das CES (GUERIN *et al.*, 2012, MARQUIEVIZ *et al.*, 2013).

Situações emergentes, como a gripe A (H1N1), também exigiram um esforço dirigido dos profissionais farmacêuticos. A gripe A (H1N1) foi a primeira pandemia do século XXI, afetando 207 países (GOMES & FERRAZ, 2012). São Paulo e Paraná concentraram 73% dos casos no país (CODEÇO *et al.*, 2012). O período de maior mortalidade foi entre julho e setembro de 2009 (CERBINO NETO *et al.*, 2013).

A Fitoterapia também foi frequentemente incentivada nas CES. O seu uso foi contemplado pela Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, instituída em 2006 (SOUSA *et al.*, 2013).

Mas muitos problemas ainda permanecem. Um ponto muito destacado nos relatórios é a propaganda de medicamentos. Apesar de regulamentada há vários anos (lei 9.294, de 1996), a legislação não é suficiente para coibir abusos (BATISTA & CARVALHO, 2013). Uma das formas de reverter esses problemas é pela educação e informação da população (AQUINO, 2008). Campanhas educativas, portanto, são altamente recomendadas (HEINECK & DAL PIZZOL, 2013).

Outro problema apontado pelas CES é o acesso a medicamentos pela Internet, motivado pela comodidade (WANNMACHER, 2012). Mas essa comodidade não é vantajosa, pois o uso de produtos farmacêuticos sem a devida orientação compromete a eficácia e segurança do tratamento (AQUINO, 2008).

Outra situação crítica diz respeito à gestão da Assistência Farmacêutica, desestabilizada pelas inúmeras demandas judiciais por medicamentos, geralmente de alto custo. A Constituição Federal de 1988 incorporou o direito à saúde como direito de todos (NORONHA, 2013), embora a plena estatização no campo da saúde tenha sido motivo de divergências na VIII Conferência Nacional de Saúde, que delineou o SUS (MERHT, 2012). Além de garantir a integralidade do tratamento, o sistema também precisa estar “saudável”. Para evitar transtornos para os pacientes, em 2012, a SESA implantou um sistema informatizado para maior controle e agilidade nos processos judiciais (JudSismedex) (ALVES, 2013).

Mais recentemente, vários estudos têm apontado para um grave problema ambiental: fármacos e seus metabólitos são considerados poluentes emergentes, e o seu depósito no meio ambiente está em franca expansão (DAGHTON, 2003). E o

acúmulo de fármacos no solo e águas residuais pode alterar todo o equilíbrio ambiental (BILA & DEZOTTI, 2003).

Uma das formas de resolver essa situação é pela criação de um Programa de Recolhimento de Medicamentos Usados no Brasil (FALQUETO & KLIGERMAN, 2013). O Paraná se adiantou e aprovou uma lei em 2012 que obriga as farmácias a receber medicamentos não utilizados e providenciar o destino correto (PARANÁ, 2012). Entretanto, enquanto não há uma normatização, alternativas podem ser adotadas, como o uso das menores doses efetivas, no sentido de minimizar a quantidade de fármaco adquirida pelo paciente (DAUGHTON & RUHOY 2013).

Em Cornélio Procópio, município paranaense com 50 mil habitantes, a Assistência Farmacêutica está bem estruturada, com 14 farmacêuticos, todos servidores públicos municipais, inseridos nas dez unidades básicas de saúde, além da Farmácia Popular e do Centro de Abastecimento Farmacêutico (CAF). Além de organizar o sistema com foco para os medicamentos, o farmacêutico possui grande aproximação com outros profissionais (ROMANO *et al.*, 2013).

## **CONCLUSÃO**

Este trabalho permitiu esboçar um panorama da trajetória do profissional farmacêutico no SUS no estado do Paraná, por meio da análise das proposições constantes nos relatórios das CES.

O farmacêutico foi paulatinamente inserido em diversas atividades do sistema público de saúde. Se antes, esse profissional estava restrito às ações de Vigilância Sanitária e à dispensação, aos poucos o farmacêutico foi sendo requisitado em diferentes serviços, responsabilizando-se pela gerência da Assistência Farmacêutica e colaborando em campanhas de conscientização da população, passando a integrar equipes multiprofissionais, promovendo o uso racional de medicamentos, numa perspectiva de atendimento integral, humanizado e tecnicamente embasado.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALENCAR, T.O.S *et al.* Dispensação farmacêutica: uma análise dos conceitos legais em relação à prática profissional. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**, Araraquara, v. 32, n. 1, p. 89-94, 2011.

ALVES, S.M.P. Experiências do Centro de Medicamentos do Paraná – Cemepar: programação, aquisição e distribuição de medicamentos realizadas de forma efetiva. In: CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. **Experiências exitosas de farmacêuticos no SUS**. Brasília: Conselho Federal de Farmácia, 2013, p. 31-32.

AMERICAN GERIATRICS SOCIETY. American Geriatrics Society updated Beers Criteria for potentially inappropriate medication use in older adults. **Journal of American Geriatrics Society**, 2012. Disponível em: [http://www.americangeriatrics.org/files/documents/beers/2012BeersCriteria\\_JAGS.pdf](http://www.americangeriatrics.org/files/documents/beers/2012BeersCriteria_JAGS.pdf). Acesso em: 02 set. 2013.

ANDRADE, L.M. *et al.* Políticas públicas para pessoas idosas no Brasil: uma revisão integrativa. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 12, p. 3543-3552, 2013.

AQUINO, D.S. Por que o uso racional de medicamentos deve ser uma prioridade? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 13(supl), p. 733-736, 2008.

BATISTA, A.M.; CARVALHO, M.C.R.D. Avaliação da propaganda de medicamentos veiculada em emissoras de rádio. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 553-561, 2013.

BILA, D.M; DEZOTTI, M. Fármacos no meio ambiente, **Química Nova**, São Paulo v. 26, n. 4, p. 523-530, 2003.

BOING, A.C. *et al.* Acesso a medicamentos no setor público: análise de usuários do Sistema Único de Saúde no Brasil, **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 4, p. 691-701, 2013.

CERBINO NETO, J.; PENNA, G.O.; WERNECK, G.L. Regional differences in mortality associated with pandemic Influenza A H1N1 in Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 1, p. 189-194, 2013.

CODEÇO, C.T. *et al.* The epidemic wave of influenza A (H1N1) in Brazil, 2009. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 7, p. 1325-1336, 2012.

COELHO, J.S. Construindo a participação social no SUS: um constante repensar em busca de equidade e transformação. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 21(supl.1), p. 138-151, 2012.

CORRER, C.J. Princípios da dispensação de medicamentos na farmácia comunitária, p. 27-46. In: CORRER, C.J.; OTUKI, M.F. (Org.) **A prática farmacêutica na farmácia comunitária**. Porto Alegre: Artmed, 2013.

CORRER, C.J. *et al.* A farmácia comunitária no Brasil. P. 3-26. In: CORRER, C.J.; OTUKI, M.F. (Org.) **A prática farmacêutica na farmácia comunitária**. Porto Alegre: Artmed, 2013.

COTTA, R.M.M. *et al.* Debates atuais em humanização e saúde: quem somos nós?. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 171-179, 2013.

CUNHA, P.F.; MAGAJEWSKI, F. Gestão participativa e valorização dos trabalhadores: avanços no âmbito do SUS. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 21(supl. 1), p. 71-79, 2012.

DAUGHTON, C.G. Cradle-to-cradle stewardship of drugs for minimizing their environmental disposition while promoting human health. I- Rationale for and avenues toward a green pharmacy. **Environmental Health Perspectives**, v. 111, n. 5, p. 757-774, 2003.

DAUGHTON, C.G.; RUHOY, I.S. Lower-dose prescribing: minimizing side effects of pharmaceuticals on society and the environment. **Science of the Total Environment**, v. 443, p. 432-337, 2013.

FALQUETO, E.; KLIGERMAN, D.C. Diretrizes para um Programa de Recolhimento de Medicamentos Vencidos no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 883-892, 2013.

GADELHA, C.A.G.; COSTA, L.S. Saúde e desenvolvimento no Brasil: avanços e desafios. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, supl.1, p. 13-20, 2012.

GARCIA, L.P. *et al.* Gastos das famílias brasileiras com medicamentos segundo a renda familiar: análise da *Pesquisa de Orçamentos Familiares* de 2002-2003 e de 2008-2009. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 8, p. 1605-1616, 2013.

GOMES, I.M.A.M.; FERRAZ, L.M.R. Ameaça e controle da gripe A (H1N1): uma análise discursiva de Veja, IstoÉ e Época. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 21, n.2, p. 302-313, 2012.

GROCHOCKI, M.H.C. Consórcio Paraná Saúde: uma parceria fundamental para a estruturação da Assistência Farmacêutica no Paraná. In: CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. **Experiências exitosas de farmacêuticos no SUS**. Brasília: Conselho Federal de Farmácia, 2013, p. 11-12.

GUERIN, G.D.; ROSSONI, E.; BUENO, D. Itinerários terapêuticos de usuários de medicamentos de uma unidade de Estratégia de Saúde da Família. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 3003, 2012.

HEINECK, I.; DAL PIZZOL, T.S. Uso racional de medicamentos e evidências clínicas, p. 69-71. In: SANTOS, L. *et al.* (Org.) **Medicamentos na prática da Farmácia Clínica**. Porto Alegre: Artmed, 2013.

JUNGES, J.R. *et al.* O discurso dos profissionais sobre a demanda e a humanização. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 686-697, 2012.

MACHADO, C.V. Sobre os rumos das políticas sociais e de saúde no Brasil pós 1988. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 10, p. 1950-1951, 2013.

MARQUIEVIZ, J. *et al.* A Estratégia de Saúde da Família no controle da tuberculose em Curitiba (PR). **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 265-271, 2013.

MENDES, A.C.G. *et al.* Assistência pública de saúde no contexto da transição demográfica brasileira: exigências atuais e futuras. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 5, p. 955-964, 2012.

MERHY, E. Saúde e direitos: tensões de um SUS em disputa, molecularidades. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 267-279, 2012.

NORONHA, J.C. Cobertura universal de saúde: como misturar conceitos, confundir objetivos, abandonar princípios. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 5, p. 847-849, 2013.



OLIVEIRA, M.A. *et al.* Automedicação em idosos residentes em Campinas, São Paulo, Brasil: prevalência e fatores associados. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, p. 335-345, 2012.

PAIM, J.S. A Constituição Cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 10, p. 1927-1936, 2013.

PARANÁ. **Lei 17.211**, de 3 de julho de 2012. Dispõe sobre a responsabilidade da destinação dos medicamentos em desuso no estado do Paraná e seus procedimentos, 2012.

QUELUZ, T.H.A.T.; LEITE, S.N. Uso racional de medicamentos: conceito e alguns elementos para discussão, p. 25-40. In: CORDEIRO, B.C.; LEITE, S.N. (Org.) **O farmacêutico na atenção à saúde**. Itajaí: UNIVALI, 2008.

RANUCI, T.R.; SILVA, N.M.M.G. Humanização da Assistência Farmacêutica em Bandeirantes/PR. In: CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. **Experiências exitosas de farmacêuticos no SUS**. Brasília: Conselho Federal de Farmácia, 2013, p. 39-40.

ROMANO, C. *et al.* Serviços farmacêutico mais próximos da população: a experiência do município de Cornélio Procópio (PR). In: CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. **Experiências exitosas de farmacêuticos no SUS**. Brasília: Conselho Federal de Farmácia, 2013, p. 56-57.

SANCHEZ, R.M.; CICONELLI, R.M. Conceitos de acesso à saúde. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington DC, v. 31, n. 3, p. 260-268, 2012.

SOUSA, I.M.C. *et al.* Práticas integrativas e complementares: oferta e produção de atendimentos no SUS e em municípios selecionados. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 11, p. 2143-2154, 2012.

TOBAR, F.; DRAKE, I.; MARTICH, E. Alternativas para la adopción de políticas centradas en el acceso a medicamentos. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington DC, v. 32, n. 6, p. 457-463, 2012.

VIEIRA, F.S.; ZUCCHI, P. Financiamento da assistência farmacêutica no sistema único de saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 73-84, 2013.

WANNMACHER, L. Conduas baseadas em evidências sobre medicamentos utilizados em atenção primária à saúde. p. 9-14. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Uso Racional de Medicamentos: temas selecionados**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.