

FACULDADE UNIDA DE VITÓRIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DAS RELIGIÕES

PAULA RIBEIRO DE SOUZA

A PERCEPÇÃO DO PROFISSIONAL DA ÁREA FARMACÊUTICA
DIANTE DA NÃO ADESÃO DO PACIENTE AO TRATAMENTO
MEDICAMENTOSO POR QUESTÕES RELIGIOSAS

Certificado pelo Programa de Pós-Graduação da Faculdade Unida de Vitória - 25/03/2019.

VITÓRIA
2018

PAULA RIBEIRO DE SOUZA

Certificado pelo Programa de Pós-Graduação da Faculdade Unida de Vitória - 25/03/2019.

A PERCEPÇÃO DO PROFISSIONAL DA ÁREA FARMACÊUTICA
DIANTE DA NÃO ADESÃO DO PACIENTE AO TRATAMENTO
MEDICAMENTOSO POR QUESTÕES RELIGIOSAS

PPGCR
Faculdade Unida de Vitória

Trabalho Final de
Mestrado Profissional
Para obtenção do grau de
Mestra em Ciências das Religiões
Faculdade Unida de Vitória
Programa de Pós-Graduação
Linha de pesquisa: Religião e Esfera Pública

Orientador: Dr. Julio Cezar de Paula Brotto

Vitória - ES
2018

Souza, Paula Ribeiro

A percepção do profissional da área farmacêutica diante da não adesão do paciente ao tratamento medicamentoso por questões religiosas / Paula Ribeiro de Souza. – Vitória: UNIDA / Faculdade Unida de Vitória, 2018. viii, 75 f. ; 31 cm.

Orientador: Julio Cezar de Paula Brotto

Dissertação (mestrado) – UNIDA / Faculdade Unida de Vitória, 2018.

Referências bibliográficas: f. 68-75

1. Ciências das religiões. 2. Religião e esfera pública. 3. Hipertensão Arterial. 4. Diabetes Mellitus. 5. Adesão ao Tratamento Farmacológico. 6. Religião e saúde. - Tese. I. Paula Ribeiro de Souza. II. Faculdade Unida de Vitória, 2018. III. Título.

PAULA RIBEIRO DE SOUZA

A PERCEÇÃO DO PROFISSIONAL DA ÁREA FARMACÊUTICA DIANTE DA
NÃO ADEÇÃO DO PACIENTE AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO POR
QUESTÕES RELIGIOSAS

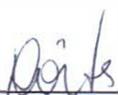
Dissertação para obtenção do grau
de Mestre em Ciências das
Religiões no Programa de Mestrado
Profissional em Ciências das
Religiões da Faculdade Unida de
Vitória.



Doutor Julio Cezar de Paula Brotto – UNIDA (presidente)



Doutor Osvaldo Luiz Ribeiro – UNIDA



Doutora Denise Fonseca Cortes – IEP-SCBH

AGRADECIMENTOS

A Deus por ter guiado meus passos durante todo o caminho.

Ao meu esposo Marcos que não mediu esforços para me auxiliar na busca por esta conquista.

A minha filha Júlia que tornou todo o percurso mais agradável com sua doce presença.

Aos meus pais Amália e José Xisto pelos ensinamentos para a vida.

A minha irmã Patrícia e ao meu cunhado Ricardo, pelo auxílio no cuidado com minha filha, me proporcionando tranquilidade para seguir com meus planejamentos.

Aos meus sobrinhos Túlio e Tales que vieram tornar nossa família ainda mais feliz e harmônica.

Ao professor orientador, Julio Brotto, por sempre olhar com muita humanidade para as nossas dificuldades, cuidado sem o qual, certamente eu não alcançaria este objetivo. Poder dividir a construção deste trabalho com ele foi um dos maiores aprendizados alcançados neste mestrado.

Aos colegas, a quem atribuo grande parte do conhecimento adquirido, agradeço a parceria, o cuidado, o apoio e as boas lembranças dos momentos compartilhados.

A todos que contribuíram direta ou indiretamente deste processo de busca e aprendizado.

Aos que torceram, acreditaram e apoiaram, ainda que silenciosos ou distantes.

Essa conquista é nossa!

RESUMO

De acordo com o ministério da Saúde, o Brasil enfrenta uma epidemia no que diz respeito à Hipertensão Arterial e o Diabetes Mellitus. Estas doenças crônicas não transmissíveis são consideradas um problema de saúde pública em razão de sua alta incidência e também porque boa parte dos portadores não adere adequadamente ao tratamento farmacológico. A não adesão ao tratamento farmacológico ocorre por diversos motivos, desde a certeza de que estas doenças não têm cura até o desânimo quanto ao processo terapêutico propriamente dito. A pesquisadora, profissional da área farmacêutica, através de sua prática de atendimento em serviço público de saúde, em função do contato com estes pacientes, percebeu o avanço desta epidemia e a dificuldade do controle das doenças por diversos fatores, principalmente pela falta de adesão ao tratamento farmacológico. Esta percepção motivou a pesquisa para verificar se a não adesão ao tratamento farmacológico poderia ser motivada por questões relacionadas à fé, religiosidade e ou espiritualidade dos pacientes. A pesquisadora optou por verificar esta não adesão por questões de fundo religioso a partir da ótica de profissionais da área farmacêutica. Para alcançar os objetivos propostos, metodologicamente, a pesquisadora realizou uma revisão bibliográfica, complementando-a com a pesquisa de campo. Para a pesquisa de campo foi utilizado um questionário online semiestruturado. Profissionais da cidade de Caratinga, Minas Gerais, que atuam ou que já atuaram na área farmacêutica nos serviços públicos de saúde foram convidados para participar e manifestar seu ponto de vista sobre o assunto. A estrutura da dissertação ficou circunscrita a três capítulos que apresentaram os serviços públicos e assistência farmacêutica nos serviços públicos de saúde no Brasil em relação com religião/espiritualidade/fé e a percepção dos profissionais participantes da pesquisa quanto a não adesão ao tratamento farmacológico pelo paciente por motivos religiosos. Em conclusão foi possível apontar, a partir das falas dos participantes da pesquisa, uma relação muito próxima entre a não adesão do paciente ao tratamento farmacológico e as questões de cunho religioso.

Palavras-chave: Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus, Religiosidade, Adesão ao Tratamento Farmacológico.

ABSTRACT

According to the Health Ministry, Brazil faces an epidemic regard to Arterial Hypertension and Diabetes Mellitus. These chronic diseases are considered a public health problem because of their high incidence and due to the fact that many patients do not adhere adequately to pharmacological treatment. Failure to adhere to pharmacological treatment occurs for several reasons, from the certainty that these diseases have no cure until the discouragement regards the therapeutic process itself. The researcher, a professional in the pharmaceutical area, through her practice of attending a public health service, due to the contact with these patients, noticed the progress of this epidemic and the difficulty of disease control due to several factors, mainly due to the lack of adherence to the pharmacological treatment. This perception motivated the research to verify if the non adherence to the pharmacological treatment could be motivated by questions related to the the faith, the religiosity and or the spirituality of the patients. The researcher opted to verify this non-adherence from the perspective of professionals in the pharmaceutical area. To reach the proposed objectives, methodologically, the researcher carried out a bibliographical review, complementing it with a field research. A semi-structured online questionnaire was used for the field research. Professionals from the city of Caratinga, Minas Gerais, who work or who have worked in the pharmaceutical area in the public health services were invited to participate and express their point of view on the subject. The structure of the dissertation was limited to three chapters that presented the public services and pharmaceutical assistance in the public health services in Brazil in relation to religion, spirituality, faith and the perception of the professionals participating in the research regarding the non adherence to the pharmacological treatment by the patient for religious reasons. In conclusion, it was possible to point out, from the speeches of the participants of the research, a very close relation between the non adherence of the patient to the pharmacological treatment and the religious questions.

Keywords: Hypertension, Diabetes Mellitus, Religiosity, Adherence to Pharmacological Treatment.

LISTA DE SIGLAS

AF - Atenção Farmacêutica
CAPs - Caixas de Aposentadoria e Pensão
CEME - Central de Medicamentos
CNS - Conselho Nacional de Saúde
CEP - Comitê de Ética em Pesquisa
DCNT - Doenças Crônicas não Transmissíveis
DM - Diabetes Mellitus
DNSP - Departamento Nacional de Saúde Pública
HA - Hipertensão Arterial
IAPs - Institutos de Aposentadoria e Pensões
INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
INPS - Instituto Nacional de Previdência Social
MS - Ministério da Saúde
OMS - Segundo a Organização Mundial de Saúde
OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde
PFPB - Programa Farmácia Popular do Brasil
PNAF - Política Nacional de Assistência Farmacêutica
PNM - Política Nacional de Medicamentos
PRM - Problema Relacionado a Medicamento
RENAME - Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
SESP - Serviço Especial de Saúde Pública
SUS - Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	9
1 OS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE NO BRASIL E SUA RELAÇÃO COM RELIGIÃO/ESPIRITUALIDADE/FÉ.....	14
1.1 A história e os desafios da saúde pública no Brasil.....	14
1.2 Relação entre SUS, sociedade e religiosidade/espiritualidade/fé.....	18
1.3 O processo de aceitação ou <i>não</i> aceitação do tratamento medicamentoso em diálogo com a religiosidade/espiritualidade/fé do paciente portador de doenças crônicas.....	26
2 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE EM RELAÇÃO COM A RELIGIOSIDADE/ESPIRITUALIDADE DO PACIENTE.....	32
2.1 A implantação da assistência farmacêutica nos serviços públicos de saúde.....	32
2.2 O profissional da área farmacêutica no serviço público de saúde.....	37
2.3 A atenção farmacêutica e a aceitação ou não aceitação do tratamento de saúde dos pacientes no SUS em diálogo com sua religiosidade/espiritualidade/fé.....	42
3 DESAFIOS DO PROFISSIONAL FARMACÊUTICO FACE À NÃO ADESÃO AO TRATAMENTO FARMACOLÓGICO PELO PACIENTE HIPERTENSÃO E DIABÉTICO POR MOTIVOS DE RELIGIOSIDADE/ESPIRITUALIDADE/FÉ.....	49
3.1 Perfil do profissional farmacêutico do SUS e sua percepção quanto à recusa dos pacientes ao tratamento medicamentoso.....	50
3.2 As dificuldades do profissional farmacêutico diante do paciente religioso resistente.....	54
3.3 Preparo do profissional farmacêutico frente ao paciente religioso resistente.....	60
CONCLUSÃO.....	65
REFERÊNCIAS.....	68
APÊNDICES.....	76
ANEXOS.....	79

INTRODUÇÃO

O Brasil vive um momento de epidemia no que diz respeito às doenças crônicas hipertensão arterial (HA) e diabetes mellitus (DM), “[...] visto que a incidência destas duas patologias é crescente, e vem se tornando alvo de estudo prioritário pelo Ministério da Saúde (MS)”¹. São consideradas um sério problema de saúde pública em função de sua alta incidência e em virtude de que boa parte dos portadores destas doenças não aderem adequadamente ao tratamento farmacológico. Esta não adesão desencadeia situações de morbidade e conseqüentemente mortalidade.²

A pesquisadora, na qualidade de profissional da área farmacêutica, envolta em sua prática laboral no universo do atendimento público e em contato direto com pacientes de doenças crônicas, percebe, ainda que não de forma acadêmica, o avanço desta epidemia e a dificuldade do controle da doença por diversos fatores, dentre eles a falta de adesão ao tratamento farmacológico. Com o objetivo de constatar de maneira experimental e não somente empírica, a pesquisadora buscou através da pesquisa acadêmica, consubstanciar sua percepção através de dados alusivos ao assunto.

É no momento da dispensação do medicamento ao paciente que o profissional da área farmacêutica presta os serviços de Atenção Farmacêutica, instruindo sobre o uso correto e racional do medicamento, horários e doses corretas, importância da adesão ao tratamento, além de informações sobre possíveis reações adversas e interações medicamentosas, pois “[...] prática recente da atividade farmacêutica, prioriza a orientação e o acompanhamento farmacoterapêutico e a relação direta entre o farmacêutico e o usuário de medicamentos”³.

Dentre as atividades farmacêuticas desenvolvidas nos serviços públicos de saúde a Atenção Farmacêutica é uma das mais importantes, visto que neste momento é possível um contato direto com o paciente. O processo de tratamento/cura da doença, iniciado na consulta médica, realização de exames, diagnóstico e prescrição de tratamento farmacológico só alcançará o resultado desejado através da adesão do paciente ao tratamento proposto.

Além dos esclarecimentos técnicos citados acima que auxiliam o paciente compreender a importância do tratamento, a fim de garantir a sua adesão, surge neste contexto os posicionamentos religiosos, e questões relacionadas à fé, religiosidade e ou espiritualidade

¹ MACHADO, Luis Eduardo; CAMPOS, Renata. O impacto da diabetes melito e da hipertensão arterial para a saúde pública. *Saúde e Meio Ambiente: Revista Interdisciplinar*, v. 3, n. 2, p. 53-61, 2015. p. 55.

² MACHADO, 2015, p. 55.

³ PEREIRA, Leonardo Régis Leira; FREITAS, Osvaldo de. A evolução da atenção farmacêutica e a perspectiva para o Brasil. *Revista Brasileira Ciências Farmacêuticas*, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 601-612, out/dez. de 2008. p. 604.

dos pacientes em relação à cura ou repreensão e libertação da doença ocorrida em momentos de experiências religiosas.

Considerando que a pesquisa foca suas observações a partir do campo profissional na ótica das Ciências das Religiões, tendo como área de concentração Religião e Sociedade e linha de atuação Religião e Esfera Pública, o olhar da pesquisadora, enquanto farmacêutica observará o recorte religiosidade/espiritualidade/fé e adesão à terapêutica, aprofundando o tema mediante referencial teórico pertinente e, em consequência, possibilitando melhor compreensão das várias possibilidades da não adesão ao tratamento farmacológico pelos pacientes portadores das doenças crônicas diabetes mellitus (DM) e hipertensão arterial (HA) decorrentes da influência religiosa.

Frente às constatações diárias na prática laboral surge a seguinte questão-problema: Quais são as dificuldades e os desafios enfrentados pelo profissional da área farmacêutica mediante ao paciente portador das doenças crônicas DM e HA que não adere ao tratamento farmacológico por motivos de religiosidade/espiritualidade/fé?

Surge a partir deste questionamento a motivação da pesquisadora para o desenvolvimento desta pesquisa em nível de mestrado. Na busca de respostas a esse questionamento a pesquisadora traçou como objetivo principal da pesquisa levantar as principais dificuldades e desafios enfrentados pelo profissional da área farmacêutica quando lida com pacientes portadores das doenças crônicas DM e HA que não aderem ao tratamento farmacológico, movidos por promessas religiosas de cura pela fé/espiritualidade/religiosidade.

Para alcançar a efetivação do ideal traçado que analisará um público narrado sob a ótica de outro público, neste caso, o paciente portador das doenças crônicas DM e HA sob a ótica do profissional da área farmacêutica, foram estabelecidos os seguintes objetivos específicos: pesquisar as categorias teóricas religiosidade/espiritualidade/fé no contexto saúde; descrever a atividade profissional Atenção Farmacêutica para compreensão da sua função dentro do Sistema Único de Saúde (SUS); aplicar um questionário semiestruturado *online* aos profissionais da área farmacêutica que atuam ou já atuaram nos serviços públicos de saúde; identificar, a partir das respostas fornecidas no questionário, as principais dificuldades destes profissionais ao se relacionarem com pacientes portadores das doenças DM e HA que não aderem ao tratamento farmacológico por motivos de religiosidade/espiritualidade/fé.

Trata-se de uma pesquisa de campo, de caráter qualitativo e descritivo, que utilizará como instrumento um questionário *on-line*, semiestruturado, através da plataforma *Google Forms*. O questionário foi elaborado pela pesquisadora e encontra-se no Apêndice A. A coleta

de dados foi realizada através do formulário⁴, enviado através do aplicativo *WhatsApp*, aos profissionais da área farmacêutica, da Cidade de Caratinga, Minas Gerais, com experiência de atuação no campo dos serviços públicos de saúde. Os indicadores sociais serão apresentados com o objetivo de situar o/a leitor/a no universo profissional pesquisado, esclarecendo a amostra ou o recorte proposto pela pesquisadora.

Como critério de inclusão, foram selecionados profissionais da área farmacêutica da referida cidade, que atuam ou que já atuaram nos serviços públicos de saúde, e se dispuserem a participar pesquisa. Os dados foram coletados no mês de julho de 2018. Os profissionais foram localizados através de um grupo específico de uma rede social, que contém o cadastro de todos os profissionais que atuam e/ou que se formaram nesta cidade. Posteriormente, os dados foram analisados e apresentados de forma qualitativa e os resultados serão discutidos baseando-se na literatura específica das Ciências das Religiões.

A pesquisadora acredita que a pesquisa se justifica por trazer não somente ganho profissional aos profissionais da área farmacêutica, mas, ganho pessoal aos pacientes, que com o controle da doença alcançarão melhor qualidade de vida. Ainda neste contexto, é importante citar o ganho social, visto que esses pacientes retomariam suas vidas de forma saudável, no trabalho, no convívio familiar e em sociedade, havendo também benefícios à saúde pública em geral, por alcançar a diminuição de gastos com reincidências ou agravos de pacientes que estarão com a doença controlada, havendo possibilidade de mais investimento em outros setores da saúde pública.

Em se tratando do ganho científico, principalmente no campo das Ciências das Religiões, pode-se esperar uma discussão mais atenciosa entre saúde e religiosidade/espiritualidade/fé, permitindo que as ciências da saúde e as ciências das religiões sejam observadas e compreendidas como empreendedoras do bem-estar do indivíduo.

Saindo do contexto profissional farmacêutico, a pesquisa pode se expandir e atingir os demais profissionais de saúde, considerando a atuação do profissional de saúde como uma prática que necessita ser mais humanizada, embasada em preceitos multidisciplinares, a fim de manter equilíbrio e benefícios no acompanhamento profissional ao paciente.

A hipótese de que a não adesão ao tratamento medicamentoso pode ter como causa questões de fundo religioso será analisada no capítulo três, mediante a apresentação dos resultados advindos dos questionários aplicados, visto que o trabalho está estruturado em três capítulos.

⁴ Formulário online. Disponível em: <https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSewgLGtGet8chwstOcGDhNaDak_Y_U99wRIs-NtLZmXuu9H0Q/viewform?usp=sf_link>. Acesso em: 01 jul. 2018.

No primeiro capítulo foi abordado o tema saúde pública nos aspectos da história da saúde pública no Brasil, fazendo um paralelo entre a relação sociedade, SUS e religiosidade/espiritualidade/fé dos pacientes, com foco nos pacientes portadores das doenças crônicas DM e HA.

O segundo capítulo identificou, ainda que de forma sucinta, o processo de assistência farmacêutica nos serviços públicos de saúde, em especial na prática da Atenção Farmacêutica, e a relação deste profissional diante da não aceitação ao tratamento por parte do paciente em razão de questões religiosas.

Por fim, o terceiro capítulo trará resultados em números e relatos, das experiências dos profissionais da área farmacêutica do sistema público de saúde da cidade de Caratinga, MG. Para manutenção da confidencialidade e sigilo dos dados dos participantes os mesmos foram identificados com pseudônimos utilizando nomes de fármacos, considerando o contexto da pesquisadora e da pesquisa, vinculada com a área farmacêutica.

Como referencial teórico para embasamento dessa pesquisa é importante ressaltar Marcus Vinícius Polignano⁵ e Claudio Bertolli Filho⁶, na sustentação da descrição histórica da saúde pública no Brasil. Para a descrição da Atenção Farmacêutica no Brasil, os referenciais tomados como base foram os autores Leonardo Régis Leira Pereira, Osvaldo de Freitas⁷ e Fabíola Sulpino Vieira⁸. Já para o debate religiosidade/espiritualidade/fé e saúde, a pesquisadora deparou-se com boa ocorrência da temática em trabalhos científicos que associa as categorias teóricas mencionadas de maneira positiva nos tratamentos de saúde. Contudo, mostraram-se escassas as pesquisas que utilizam o mesmo referencial teórico analisando a influência negativa da religião nos tratamentos de saúde. Ainda assim, é possível destacar no embasamento específico do tema abordado por Harold Koenig⁹ e Ana Cartaxo¹⁰, o debate entre a positividade e negatividade da religiosidade/espiritualidade/fé no contexto saúde. Para complementar o debate foram utilizados, em todo o decorrer da exposição, dados

⁵ POLIGNANO, Marcus Vinícius. História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão. *Cadernos do Internato Rural*. Faculdade de Medicina/UFMG, Belo Horizonte, v. 35, p. 01-35, 2001.

⁶ BERTOLLI FILHO, Claudio. *História da saúde pública no Brasil*. São Paulo: Ática, 1996.

⁷ PEREIRA, Leonardo Régis Leira; FREITAS, Osvaldo de. A evolução da atenção farmacêutica e a perspectiva para o Brasil. *Revista Brasileira Ciências Farmacêuticas*, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 601-612, out/dez. de 2008.

⁸ VIEIRA, Fabíola Sulpino. Possibilidades de contribuição do farmacêutico para a promoção da saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 213-220, mar. 2007.

⁹ KOENIG, Harold G. *Espiritualidade no cuidado com o paciente: por que, como, quando e o quê*. FE Editora Jornalística: São Paulo, 2005.

¹⁰ CARTAXO, Ana. *Espiritualidade, religião e percepção de doença: implicações na adesão terapêutica*. Psicologia.pt. O Portal dos Psicólogos, p. 1-9, 2010. Disponível em: <<http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0241.pdf>>. Acesso em: 15 mar. 2017.

disponibilizados pelo MS¹¹, para levantamentos acerca dos pacientes, atendimentos e funcionamento dos serviços públicos de saúde.

Por se tratar de uma pesquisa envolvendo seres humanos este projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) com seres humanos a fim de assegurar a adequação do trabalho dentro dos preceitos éticos da pesquisa, sendo aprovado mediante Parecer Consubstanciado, número 2.684.019.¹²



¹¹ BRASIL. *Portal do Ministério da Saúde*. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/>>. Acesso em: 10 jun. 2018.

¹² ANEXO A. *Parecer Consubstanciado do Comitê de ética em Pesquisa*. p. 79.

1 OS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE NO BRASIL E SUA RELAÇÃO COM RELIGIÃO/ESPIRITUALIDADE/FÉ

Neste primeiro capítulo a pesquisa analisou a saúde pública brasileira nos aspectos da história da saúde pública no Brasil, partindo do Brasil Colônia até a implantação do SUS, fazendo um paralelo entre a relação sociedade, SUS e religiosidade/espiritualidade/fé, com foco nos pacientes portadores das doenças crônicas não transmissíveis, HA e DM. O contexto abordado é dotado de muitas caracterizações através do uso de siglas, que serão utilizadas a partir do segundo uso no texto.

1.1 A história e os desafios da saúde pública no Brasil

A história da saúde pública no Brasil é composta por constantes desafios, que vão desde a sua implantação à sua manutenção ao longo dos anos. “Um país colonizado, basicamente por degredados e aventureiros desde o descobrimento até a instalação do império, não dispunha de nenhum modelo de atenção à saúde da população e nem mesmo o interesse, por parte do governo colonizador em criá-lo”¹³. A saúde local era limitada à utilização de recursos da própria terra e ao auxílio dos conhecedores da arte da cura através da utilização dos recursos naturais.¹⁴

A ideia inicial de *paraíso tropical* com indígenas robustos e ágeis do período colonial foi rapidamente sobreposta pelos conflitos e múltiplas doenças que colocavam em risco o projeto de colonização. O conselho responsável pela administração das colônias portuguesas criou os cargos de físico-mor e cirurgião-mor, a fim de resolver o problema de saúde da população. Contudo, poucos médicos concordavam com sua transferência diante dos perigos que enfrentariam nas colônias.¹⁵

O caos se instala desde o início na história da saúde do povo brasileiro, e resquícios deste início precário perduram durante toda a história. Com a falta de médicos que pudessem atender toda a demanda, é possível notar a participação do profissional farmacêutico, no auxílio ao combate às doenças da população. Isto ocorre em função do conhecimento relativo às substâncias capazes de combater os males físicos, e tornam a sua participação essencial no contexto saúde/doença.

¹³ POLIGNANO, 2001, p. 3.

¹⁴ POLIGNANO, 2001, p. 3.

¹⁵ BERTOLLI FILHO, 1996, p. 5.

Em 1746, em todo o território dos atuais estados de São Paulo, Paraná, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul e Goiás, havia apenas seis médicos graduados em universidades europeias. O capitão-general Luís de Mascarenhas, que administrava a capitania de São Paulo, reconhecia que os médicos europeus eram ‘raros e caros’, enquanto os boticários (uma espécie de farmacêuticos) haviam se ‘degenerado’, negando-se a socorrer os enfermos sem dinheiro.¹⁶

A história dos cuidados com saúde do brasileiro passa, necessariamente, pela filantropia. Pode-se afirmar mais especificamente, que pelo cunho filantrópico religioso, a caridade. As pessoas eram atendidas pelas instituições e médicos filantropos.¹⁷

Em 1808, com a vinda da corte portuguesa para o Brasil, a instalação do Império no Rio de Janeiro e a abertura dos portos que intensificaram a migração, surgiram as primeiras epidemias no Brasil.¹⁸ O controle da situação exigiu o estabelecimento de reformas administrativas no setor sanitário e diante da necessidade de atendimento às questões de saúde, são fundados centros de formação médico-cirúrgicos no Rio de Janeiro (1813) e na Bahia (1815), tornando-se posteriormente as duas primeiras escolas de medicina do país.¹⁹ Pode-se perceber historicamente que a “[...] fase imperial da história brasileira encerrou-se sem que o Estado solucionasse os graves problemas de saúde da coletividade”²⁰.

Instalou-se na cidade do Rio de Janeiro, capital do Brasil, a partir de 1849 um quadro sanitário caótico. Doenças graves como varíola, malária, febre amarela e este, acometiam uma grande parcela da população.

Com a proclamação da República em 1889 nasce a ideia de modernização do país, onde a medicina assumiu o papel de assegurar melhorias na saúde coletiva e individual.²¹ Rodrigues Alves, presidente do Brasil, nomeou Oswaldo Cruz como diretor do Departamento Federal de Saúde Pública no intuito de erradicar a epidemia da febre amarela na cidade.²²

A crescente intervenção médica nos espaços urbanos foi recebida pela população com desconfiança e medo. As campanhas sanitárias assumiram uma característica autoritária gerando a oposição de parte da população, políticos e líderes militares, desencadeando em 1904 o episódio de resistência a uma campanha de vacinação obrigatória contra varíola.²³

¹⁶ BERTOLLI FILHO, 1996, p. 6.

¹⁷ CARVALHO, Gilson. A saúde pública no Brasil. *Estudos Avançados*. São Paulo, v. 27, n. 78, p. 7-26, 2013. p. 7.

¹⁸ SILVA, Heliana Marinho da. *A política pública de saúde no Brasil: dilemas e desafios para a institucionalização do SUS*. 1996. 132 f. Dissertação (Mestrado) - Programa de Mestrado em Administração Pública, Escola Brasileira de Administração Pública, Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro, 1996. p. 9.

¹⁹ BERTOLLI FILHO, 1996, p. 8.

²⁰ BERTOLLI FILHO, 1996, p. 10.

²¹ BERTOLLI FILHO, 1996, p. 12.

²² POLIGNANO, 2001, p. 4.

²³ POLIGNANO, 2001, p. 4.

Em 1920 Carlos Chagas como sucessor de Oswaldo Cruz introduziu a propaganda e educação sanitária na técnica rotineira de ação. Houve um movimento pela mudança na organização sanitária que resultou na criação em 1921 do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), que atuava nas áreas do saneamento urbano e rural da higiene industrial e dos serviços de higiene materno-infantil muito especialmente.²⁴

Somente em 1923 com o surgimento da Previdência Social no Brasil, através do decreto legislativo conhecido como Lei Elói Chaves, foram estabelecidas as Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPs), organizadas pelas empresas, e ofereciam assistência médica, medicamentos, aposentadorias e pensões.²⁵

Em 1930, Getúlio Vargas comandou a revolução, que rompeu a política do café com leite, entre São Paulo e Minas Gerais, que sucessivamente elegiam o Presidente da República, desencadeando mudanças na estrutura do Estado. O objetivo era promover a expansão do sistema econômico estabelecendo-se, paralelamente, uma nova legislação que ordenasse a efetivação dessas mudanças, criando o Ministério do Trabalho, o da Indústria e Comércio, o Ministério da Educação e Saúde e juntas de arbitramento trabalhista.²⁶

Dentre as políticas sociais que foram criadas por Vargas, no período do governo provisório (1930-1934), vale destacar a criação em 1933 dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), como um novo modelo de organização previdenciária em substituição dos antecedentes CAPs. Algumas pessoas, contribuintes da previdência, tinham um acesso mais amplo à assistência à saúde dispondo de uma rede de serviços e de prestadores de serviços ambulatoriais e hospitalares; outras, contavam com um acesso bastante limitado à assistência à saúde.²⁷ Nota-se que a situação econômica está sempre, em alguma medida, limitando o acesso das pessoas à saúde pública.

Foi sob o comando de Getúlio Vargas que as ações de saúde coletiva chegaram ao auge daquelas ações que ficaram conhecidas como sanitarismo campanhista, que se pautava no combate às doenças de massa com estilo repressivo de “[...] intervenção sobre os corpos

²⁴ POLIGNANO, 2001, p. 5.

²⁵ BELINATI, Waldmir. *Avaliação crítica do aumento da capacidade operativa dos serviços de saúde ao nível primário*, Londrina, 1986-1992. 1994. 281 f. Tese (Doutorado) - Programa de Doutorado em Serviços de Saúde Pública, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1994. p. 30.

²⁶ POLIGNANO, 2001, p. 9.

²⁷ SOUSA, Rafael da Cruz; BATISTA, Francisco Eduardo Bastos. Política pública de saúde no Brasil: história e perspectivas do Sistema Único de Saúde - SUS. In: CONGRESSO NORTE E NORDESTE DE PESQUISA E INOVAÇÃO, 2012, Palmas. *Anais...*, Palmas, 2012. Disponível em: <<http://propri.ifto.edu.br/ocs/index.php/connepi/vii/paper/viewFile/2842/1827>>. Acesso em: 8 jun. 2017.

individual e social”²⁸. Entre 1938 e 1945 o Departamento Nacional de Saúde é reestruturado e dinamizado, articulando e centralizando as atividades sanitárias de todo o País. Em 1942 é criado o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) com atuação voltada para as áreas não cobertas pelos serviços tradicionais.²⁹ Já no ano de 1960, com a promulgação da Lei Orgânica da Previdência Social, padronizou-se o cardápio de serviços de saúde que todos os cidadãos segurados teriam acesso independentemente do Instituto que estivessem filiados.³⁰

Ao final dos anos 1970 o regime ditatorial começa a enfrentar uma crise, diante ao aumento de reivindicações nos diversos setores da sociedade, levando ao surgimento de projetos de redemocratização, propostas de reformulação da saúde, com políticas que a compreendessem por meio de seus determinantes sociais, envolvendo novos sujeitos da sociedade civil, profissionais da saúde, pesquisadores, partidos políticos e representantes de organizações e instituições, assumindo uma dimensão política de lutas vinculadas ao processo democrático. Surge a partir de então o Movimento da Reforma Sanitária, responsável por materializar o conceito ampliado de saúde na VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986.³¹

Este movimento foi a base para a proposta de criação do SUS. A criação do SUS possui como marco inicial a Constituição Federal de 1988, que preceitua no artigo 196 a saúde como direito de todos e dever do Estado.³² Segundo a Constituição Federal, artigo 196, “a saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”³³.

Mas, se por um lado a Constituição pensa sobre a questão da doença e da saúde, por outro, ela está preocupada também com o aspecto espiritual e emocional do indivíduo, considerando-o em sua totalidade ao afirmar no artigo 5º que “inviolável a liberdade de consciência e de crença”³⁴. Nesse sentido, a presente pesquisa ao olhar na prática a situação de pacientes com doenças crônicas não transmissíveis, também se depara com o indivíduo que por questões de consciência e ou crença religiosa se recusa a aderir o tratamento proposto.

²⁸ CUNHA, João Paulo Pinto, CUNHA Rosani Evangelista da. Sistema Único de Saúde: princípios. In: Brasil. Ministério da Saúde. *Gestão municipal de saúde: textos básicos*. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; 2001. p. 285-304. p. 286.

²⁹ CUNHA, 2001. p. 288.

³⁰ CARVALHO, Antônio Ivo de; BARBOSA, Pedro Ribeiro. *Políticas de saúde: fundamentos e diretrizes do SUS*. 3. ed. rev. e atual. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração/UFSC; Brasília: CAPES: UAB, 2014. p. 15.

³¹ CAVALCANTI, Ludmila F.; ZUCCO, Luciana P. Política de saúde e serviço social. In: CAVALCANTI, Ludmila F.; REZENDE, Ilma (Orgs.). *Serviço Social e políticas sociais*. Rio de Janeiro: UFRJ, 2006. p. 67-82.

³² ALMEIDA, Nemésio Dario. A saúde no Brasil, impasses e desafios enfrentados pelo Sistema Único de Saúde: SUS. *Revista de Psicologia e Saúde*, Campo Grande, v. 5, n. 1, p. 1-9, jun. de 2013. p. 1.

³³ BRASIL. Constituição Federal (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. p. 70.

³⁴ BRASIL, 1988, p. 70.

O acesso e o direito à saúde, estabelecidos pela Lei, seriam garantidos ao indivíduo pelo SUS.³⁵ As ações e os serviços que integram o SUS devem ser desenvolvidos de acordo com as diretrizes previamente estabelecidas, obedecendo a princípios éticos doutrinários, universalidade, equidade e integralidade organizacional, hierarquização, descentralização, regionalização, e participação social.³⁶

A Implantação do Sistema único de saúde, na prática, encontrou diversas dificuldades, principalmente porque sua proposta era de descentralizar suas ações. Esta descentralização não pode ser realizada plenamente, pois Estados e municípios não possuíam recursos para fazê-la e os repasse fundo a fundo do governo federal eram insuficientes.³⁷

Sendo assim, a instituição SUS, prestadora de serviços de saúde, encontra desafios muito maiores do que o atendimento técnico à saúde. Compreender o perfil de cada paciente atendido pelo SUS requer não somente a percepção das características físicas e econômicas, mas também a compreensão das características mais íntimas, como cultura e crenças, garantindo a ele o direito à saúde sem ferir seu direito de cidadão, principalmente no que diz respeito ao exercício de sua religiosidade/espiritualidade/fé.

Depois de analisar brevemente o percurso histórico da saúde pública no Brasil é preciso destacar que “com suas qualidades e defeitos, o SUS é reconhecido no país e fora dele como uma política pública importante e com grande potencial”³⁸.

Considerando a grande representatividade desta política pública na vida da sociedade o próximo item deste capítulo irá abordar a relação sociedade e SUS, correlacionando a religiosidade/espiritualidade/fé dos pacientes como fator interferente dessas relações, visto que não é possível separar o indivíduo de suas crenças/religiosidade/fé.

1.2 Relação entre SUS, sociedade e religiosidade/espiritualidade/fé

A relação SUS, sociedade e religiosidade/espiritualidade/fé, envolve diversos fatores, tanto por parte dos pacientes, usuários dos serviços, quanto por parte da instituição que necessita atender aos pacientes em sua integralidade, considerando inclusive suas concepções e crenças religiosas.

³⁵ SOUSA, 2012.

³⁶ BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Coletânea de normas para o controle social no Sistema Único de Saúde*. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. 2. ed. Brasília. 2006. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/coletanea_miolo.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2017. p. 218.

³⁷ SOUSA, 2012.

³⁸ ALMEIDA, 2013, p. 2.

A criação do SUS é considerada como uma das maiores ações de inclusão social na história do Brasil e representou, em termos constitucionais, uma afirmação política de compromisso do Estado brasileiro para com os direitos dos seus cidadãos e cidadãs.³⁹

Para o bom funcionamento dessas relações é necessário avaliar a situação atual pelo ponto de vista das partes envolvidas, a fim de identificar as fragilidades de cada etapa do processo. Contudo, é sempre bom lembrar que a “instituição do SUS possibilitou a oferta de serviços para uma parcela da população que encontraria grandes dificuldades para ter acesso a ações de saúde de maior complexidade”⁴⁰.

Em meio a inúmeras necessidades no tratamento de doenças

[...] o SUS tem diversos desafios, sobretudo por precisar de mais recursos e otimização do uso do dinheiro público. Atualmente é investido o dobro de recursos na doença (internações, cirurgias, transplantes) do que nas ações básicas de saúde (vacinas e consultas) que previnem a doença.⁴¹

A falta de recursos talvez seja hoje o maior empecilho para bom funcionamento do SUS, já que a demanda não pode ser atendida sem o suporte mínimo necessário. Faltam profissionais, equipamentos, medicamentos; falta investimento. Mas, é claro que existem outros empecilhos. Alguns de ordem da esfera pública, como a influência marcante da semiologia popular e cultural, capazes de influenciar na maneira que o indivíduo lida com a saúde e a doença e na procura e adesão ao tratamento.⁴²

Não são poucas as queixas relatadas por pacientes. As mais frequentes são a falta de médicos para o atendimento da demanda (58,1%), a demora dos atendimentos em postos, centros de saúde e hospitais (35,4%), além da dificuldade para se conseguir uma consulta com um especialista (33,8%).⁴³

As enormes filas enfrentadas pelos pacientes como condição para obter atendimento, é imagem destacada do senso comum, entendida como uma barreira a ser vencida para que o atendimento se realize.⁴⁴

“Mais de 70% da população brasileira utiliza exclusivamente os serviços do SUS e não tem recursos para adquirir seus medicamentos prescritos”⁴⁵. É neste contexto que surge a

³⁹ BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Sistema Único de Saúde*. Coleção Progestores. Para entender a gestão do SUS. Brasília, 2007.

⁴⁰ PONTES, Ana Paula Munhen de *et al.* O princípio de universalidade do acesso aos serviços de saúde: o que pensam os pacientes? Escola Anna Nery. *Revista Enfermagem*, v. 13, n. 3, p. 500-507, 2009. p. 501.

⁴¹ ALMEIDA, 2013, p. 1.

⁴² CARTAXO, 2010, p. 6.

⁴³ ALMEIDA, 2013, p. 6.

⁴⁴ PONTES, 2009, p. 502.

⁴⁵ MONTEIRO, O. *Farmácia popular e equidade*. Citações e referências a documentos eletrônicos. Disponível em: <<http://www.conasems.org.br/site/>>. Acesso em: 3 abr. 2017.

participação do profissional farmacêutico, e Política Nacional de Medicamentos (PNM) e a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), lista com os medicamentos estabelecidos como essenciais pela Organização Mundial de Saúde (OMS) a serem distribuídos sem ônus financeiro pela rede pública de saúde para o tratamento de HA e para o DM.⁴⁶

Pacientes diagnosticados diabéticos e hipertensos nos serviços públicos de saúde, muitas vezes não faziam o tratamento indicado pelo médico, pela necessidade do uso contínuo dos medicamentos e pela falta de condições financeiras de adquiri-los. Não era suficiente, para resolução do problema - doença crônica -, disponibilizar consulta gratuita ao paciente carente e não oferecer as condições de realizar o tratamento prescrito.

Foi a partir de 2011 que os medicamentos indicados para HA e DM passaram a ser disponibilizados sem custo para o paciente, visto que este custo está distribuído por todos os brasileiros que contribuem com seus impostos, inclusive os cidadãos e cidadãs que recebem estes medicamentos.⁴⁷ Além do acesso às consultas médicas, o recebimento da medicação sem ônus direto para o paciente para o tratamento das enfermidades, propiciou uma mudança muito significativa na atenção ao paciente, aumentando a participação dos serviços públicos de saúde na vida da sociedade. A participação social, na área de saúde, também é conhecida como controle social. A expressão controle social, tanto é empregada para se referir ao controle da sociedade sobre as ações do Estado, quanto para designar o controle do Estado sobre a sociedade.⁴⁸

Para a democratização do Sistema de Saúde era e é imprescindível a criação de mecanismos de controle social, com participação direta da população, na gestão, formulação e acompanhamento da política. A participação da comunidade deverá se dar, em cada esfera de Governo, através das Conferências de Saúde e Conselho de Saúde.⁴⁹

Ainda que os pacientes tenham se tornado mais participativos e exigentes, no que diz respeito à gestão do SUS, isso não lhes garante um atendimento adequado visto que o “[...] conceito administrativo, ainda apresenta muitas deficiências, falhas que vão da forma de

⁴⁶ BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus: hipertensão arterial e diabetes mellitus*. Brasília, DF, 2001. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/miolo2002.pdf>>. Acesso em: 5 ago. 2017.

⁴⁷ PEREIRA Marco Aurélio. *Programa Farmácia Popular no Brasil: uma análise sobre sua relação com o Complexo Econômico-Industrial da Saúde e os programas estratégicos do Governo Federal*. 2013. 104 f. Mestrado (Dissertação). Rio de Janeiro, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 2013.

⁴⁸ COSTA, Ana Maria; VIEIRA, Natalia Aurélio. Participação e controle social em saúde. In: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. *A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. p. 237.

⁴⁹ COSTA, 2013, p. 238.

contratação até falta de planos de cargos e salários. Vale citar também a corrupção, o desperdício, a ineficácia e ineficiência na gestão do sistema”⁵⁰. Este cenário resulta em falta de credibilidade e desconfiança por parte da população em relação aos serviços ofertados.⁵¹

A experiência negativa na procura pelos serviços públicos gera pacientes cada vez mais insatisfeitos.⁵² A maioria dos pacientes define a qualidade dos serviços como precária, o que pode ser percebido no atendimento desumanizado, realização de atendimento nos corredores e nas greves do funcionalismo público.⁵³

Mediante tantas dificuldades enfrentadas na busca do atendimento, os pacientes fazem associação do atendimento inadequado à necessidade da intervenção divina ou até mesmo da sorte, elementos que são imponderáveis para o ser humano e que estão acima do seu controle, visto que um direito garantido por lei não lhes é garantido.⁵⁴

Após 30 anos de existência o SUS continua enfrentando os mesmos desafios, pois os problemas são recorrentes, o foco dos investimentos não colabora para o controle das doenças, gerando uma população desamparada e exposta. Diante da fragilidade do sistema e a falta de opção dos pacientes, a necessidade da intervenção do divino é potencializada, e a busca da resolução dos problemas de saúde apoia-se na religiosidade/espiritualidade/fé, o que pode desencadear mais uma fragilidade para o sistema, visto que seus profissionais não foram preparados para este tipo de demanda.⁵⁵ Na impotência frente à falta de atendimento “[...] os pacientes transferem a responsabilidade da resolução de seus problemas para Deus, para não precisar ruminar-se ou preocupar-se com eles”⁵⁶.

Assim como no período Colonial quando a sociedade dependia da caridade para receber atendimento, ainda nos dias atuais a insegurança dos pacientes os remete a apoiar-se na religiosidade/espiritualidade/fé, encontrando nas práticas religiosas o conforto e o olhar de caridade que não encontraram nos serviços públicos de saúde.

Com o avanço da medicina acreditou-se num distanciamento entre a religião e a espiritualidade/fé no processo de adoecimento e cura. Contudo, estudos antropológicos mostram que em todos os estratos sociais a religião continua parte integrante na compreensão

⁵⁰ SOUSA, 2012.

⁵¹ BASTOS, Francisco Avelar; SANTOS, Everton; TOVO, Maximiano Ferreira. Capital social e sistema único de saúde (SUS) no Brasil. *Saúde e Sociedade*, v. 18, p. 177-188, 2009. p. 186.

⁵² SILVA, Fábio Gomes da; ZAMBOM, Marcelo Socorro. *Gestão do relacionamento com o cliente*. São Paulo: Thomson Learning, 2006, p. 80.

⁵³ PONTES, 2009, p. 503.

⁵⁴ PONTES, 2009, p. 504.

⁵⁵ RIBEIRO, Fernanda Mendes Lages; MINAYO, Maria Cecília de Souza. O papel da religião na promoção da saúde, na prevenção da violência e na reabilitação de pessoas envolvidas com a criminalidade: revisão de literatura. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 19, n. 06, p. 1773-1789, 2014. p. 1773.

⁵⁶ KOENIG, 2005, p. 6.

do processo saúde e doença.⁵⁷ Várias faculdades de medicina norte americanas incluíram conteúdos sobre espiritualidade/religiosidade em suas matrizes curriculares. “Atualmente, mais de 100 das 125 escolas médicas incluíram o conteúdo espiritualidade em suas grades”⁵⁸. Esta inclusão do conteúdo espiritualidade nas matrizes curriculares demonstra a importância que o assunto tem alcançado. “Durante o século XX, mais de 1.200 estudos examinaram a relação entre religião e saúde”⁵⁹. Em sua grande maioria fazem uma associação positiva da religiosidade do paciente com maiores taxas de qualidade de vida e no que diz respeito a condições físicas e psicológicas.⁶⁰

Essas transformações foram responsáveis por reforçar a tese de que aspectos relativos à doença não podem ser analisados de forma isolada das demais dimensões da vida social e cultural.⁶¹ Em situações onde o ser humano se sente em risco, fragilizado ou impotente, como no caso do aparecimento de problemas de saúde, a busca da prática da religiosidade/espiritualidade reforça a sustentação emocional e psíquica através do exercício da fé.

As necessidades espirituais das pessoas tornam-se mais fortes em situações em que doenças ameaçam modificar a vida. Buscar apoio e conforto na religião diminui o estresse emocional, desencadeado pela perda ou mudanças no estilo e qualidade de vida. Muitas vezes, em função do apoio advindo do ambiente religioso o paciente consegue transferir as responsabilidades de seus problemas para a dimensão divina, o que gera certo alívio.⁶²

Peres em seus estudos conclui que “[...] torna-se cada vez mais necessária a atenção da espiritualidade, na prática da assistência à saúde”⁶³. Por aumentar a resiliência do paciente a espiritualidade, a religiosidade e/ou fé podem atuar positivamente na disposição para o enfrentamento de problemas colaborando para uma melhoria no quadro patológico.⁶⁴ É notável durante toda a história a influência das concepções populares e culturais no

⁵⁷ VASCONCELOS, Eymard Mourão. A Associação entre vida religiosa e saúde: uma breve revisão de estudos quantitativos. *RECIIS – Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde*. Rio de Janeiro, v.4, n.3. p. 12-18, setembro 2010, Disponível em: <<https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/659/1307>>. Acesso em: 30 jul. 2017. p. 12.

⁵⁸ SAVIOLI, Roque M. *Fronteiras da ciência e da fé*. São Paulo: Editora Gaia, 2006. p. 50.

⁵⁹ KOENIG, 2005, p. 7.

⁶⁰ VASCONCELOS, 2010, p. 12.

⁶¹ LANGDON, Esther Jean; WIIK, Flávio Braune. Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. v. 18, n. 3, p. 459-466, jun. 2010. p. 178.

⁶² KOENIG, 2005, p. 7.

⁶³ PERES, Mario F. P.; ARANTES, Ana Claudia de Lima Quintana; LESSA, Patrícia Silva; CAOUS, Cristófer André. A importância da integração da espiritualidade e da religiosidade no manejo da dor e dos cuidados paliativos. *Revista de psiquiatria clínica*, v. 34, supl. 1. p. 82-87, 2007. p. 83.

⁶⁴ LIMA, Vanessa Rodrigues de; BALDISSERA, Vanessa Denardi Antoniassi; JAQUES, André Estevam. A vivência com a hipertensão arterial sistêmica e a utilização de estratégias de enfrentamento. *Arquivo de Ciências e Saúde*. UNIPAR, Umuarama, v. 15, n. 3, p. 219-226, set./dez. 2011, p. 224.

comportamento dos indivíduos frente à saúde e doença.⁶⁵ A cultura de cada sociedade diverge na forma de se relacionar, de compreender e de se posicionar frente às diferentes situações da vida. Sendo assim a maneira de interferir “[...] no cuidado ao homem altera-se com a compreensão de mundo de quem cuida e de quem é cuidado, logo, é necessário a compreensão de mundo, crenças religiosas e as diversas formas de expressar a religiosidade, daquele que é cuidado”⁶⁶.

Mesmo frente às intervenções dos serviços públicos, oferecendo consultas com especialistas e distribuição dos medicamentos para o tratamento medicamentoso, o controle da HA e DM não foi alcançado, e os números de agravos e reincidências são cada vez maiores. A não adesão ao tratamento farmacológico foi então denominada epidemia invisível, atingindo 50% dos portadores de doenças crônicas e tornando-se uma forte barreira no controle destas doenças.⁶⁷

Com base em seus fundamentos religiosos, os pacientes deixam de cumprir seus tratamentos, podendo chegar a parar de tomar os medicamentos prescritos após participar de atividades religiosas onde se propõe a cura como uma ação definitiva e final do divino. Parar de tomar a medicação é uma maneira de demonstrar a fé e enfatizar a cura por meio da ação do transcendente, entendido por nomes e formas as mais diferentes.⁶⁸

Portanto, para alcançar uma melhor relação entre os profissionais que compõe o SUS, no caso específico desta pesquisa os profissionais da área farmacêutica, e os pacientes dos serviços, é imprescindível associar as técnicas científicas às necessidades culturais e religiosas do paciente, buscando garantir melhores resultados no tratamento. As decisões do paciente em relação a sua doença e ao seguimento ou não do tratamento recomendado sofrerão influências de sua consequentemente visão do mundo e da vida.⁶⁹ Logo, é fundamental que o profissional de saúde em todos os níveis compreenda o universo do paciente para esclarecer dentro do contexto da ciência, mas sem deixar de respeitar a religiosidade do paciente, o que é a doença e as possibilidades de tratamento.

⁶⁵ UCHOA, Elizabeth; VIDAL, Jean Michel. Antropologia médica: elementos conceituais e metodológicos para uma abordagem da saúde e da doença. *Cadernos de Saúde Pública*. v. 10, n. 4, p. 497-504, 1994. p. 499.

⁶⁶ SALGADO, Ana Paula Alves; ROCHA, Ruth Mylius; CONTI, Claudio de Carvalho. O enfermeiro e a abordagem das questões religiosas. *Revista de Enfermagem, UERJ*; v. 15, n. 2, p. 223-228, abril-junho 2007, p. 224.

⁶⁷ BORGES, Jose Wicto Pereira et al. Validação de conteúdo das dimensões constitutivas da não adesão ao tratamento da hipertensão arterial. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 47, n. 5, p. 1076-1082, out. 2013. p. 1078.

⁶⁸ KOENIG, 2005, p. 46.

⁶⁹ FERNANDES, Suzana Maria Rodrigues. *Prediletos psicossociais do ajustamento à doença e tratamento de mulheres com cancro na mama: o papel do estado emocional das representações de doença, do optimismo e dos benefícios percebidos*. 2009. 475 f. Tese (Doutorado) - Instituto de Educação e Psicologia. Universidade do Minho, 2009. p. 169.

É importante esclarecer que a chave para compreender a religiosidade e a espiritualidade de um indivíduo, requer daquele que está no processo de escuta, a capacidade de ouvir, compreender e ter empatia para com o outro. Para isto, deve o profissional da área farmacêutica estar muito consciente da sua própria espiritualidade/religiosidade/fé e valores. Ainda que não seja praticante de uma religião, seus valores certamente ajudarão a modelar sua maneira de atendimento e atuação. A prática do cuidar implica colocar-se no lugar do outro, de ter empatia. Neste sentido o profissional da área farmacêutica precisa exercer sua tarefa para além do cuidado técnico.⁷⁰

No contexto geral de saúde e doença, em especial no que tange aos pacientes portadores de doenças crônicas, uma das maiores dificuldades dos profissionais de saúde é a falta de adesão do paciente ao tratamento.⁷¹ Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a adesão ocorre “[...] à medida que o comportamento da pessoa corresponde às recomendações do profissional de saúde”⁷². A gravidade da doença e a impossibilidade da cura desencorajam o paciente na busca do tratamento, já que não há possibilidade ao alcance humano que permita alterar o quadro já instalado. Neste momento, alguns pacientes, transferem a responsabilidade do surgimento e da resolução de problemas de saúde para a figura de Deus, servindo esta solução como uma válvula de escape e provavelmente de esperança⁷³, pois ao apegarem-se às suas crenças religiosas, as mesmas “[...] reduzem o estresse emocional causado pelas mudanças”⁷⁴.

A pesquisadora entende que ameaçar a verdade religiosa desses pacientes, onde encontraram seu conforto nos momentos de crise, pode apresentar-se tão danoso à saúde quanto a não adesão ao tratamento, havendo assim a necessidade de tentar conciliar a proposta do tratamento farmacológico com o sentimento religioso/espiritual do paciente. A pesquisadora observa, a partir de sua atuação como farmacêutica da rede pública, que além dos problemas causados ao próprio paciente pela falta da adesão ao tratamento, como quadro de agravos, mal-estar, e riscos de vida, a não adesão pelo não entendimento por parte do profissional farmacêutico com relação aos aspectos social, cultural e religioso do paciente, também pode ser muito prejudicial no processo do tratamento como um todo.

O SUS possui custos em torno de 11 bilhões por ano com tratamentos de pacientes portadores de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). Atualmente, a HA e o DM são

⁷⁰ CARTAXO, 2010, p. 6.

⁷¹ TAVARES, Noemia Urruth Leão et al. Fatores associados à baixa adesão à medicação em adultos mais velhos. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 47, n. 6, p. 1092-1101, dez. 2013. p. 1100.

⁷² FERNANDES, 2009, p. 167.

⁷³ CARTAXO, 2010, p. 4.

⁷⁴ KOENIG, 2005, p. 7.

as doenças crônicas mais prevalentes entre a população brasileira e o tratamento adequado que é responsável pelo controle das mesmas resultaria na redução anual de cerca de 840 milhões para o governo.⁷⁵ Estes dados reforçam a necessidade de alteração do foco de investimento, pois o controle dessas doenças demandaria menos recursos do que os investidos atualmente em seu tratamento, minimizando o problema da falta de recursos. Para alcançar o objetivo de controle das doenças crônicas HA e DM é necessária a participação efetiva dos pacientes na adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico, não havendo a possibilidade de concretização do controle sem esta relação de parceria entre profissional e paciente.

O profissional da área farmacêutica, responsável direto pela dispensação do medicamento aos pacientes dos serviços públicos de saúde, diante do paciente portador de doença crônica, convicto de sua religiosidade/espiritualidade/fé, ainda que este não possa ser tratado apenas por dimensões religiosas, deve considerar o ser humano em sua complexidade como foco da sua atuação. “Talvez a melhor razão para se apontar os aspectos espirituais das doenças é que muitos de nossos pacientes são religiosos e têm necessidades espirituais”⁷⁶. É importante que os profissionais de saúde tenham conhecimento a respeito das crenças de seus pacientes, na busca de melhores resultados na prestação do serviço.⁷⁷

Todo o levantamento sobre espiritualidade/religiosidade/fé do paciente traçada até este momento destaca uma necessidade, na maioria das vezes citada como positiva, no auxílio da recuperação de doenças. “Haveria algum resultado negativo? Pesquisas neste tópico, ou casos publicados reportando resultados negativos em assuntos espirituais estão em falta”⁷⁸, aponta Koenig. Esta ausência de pesquisas indicando aspectos negativos na relação religiosidade e a não adesão ao tratamento medicamentoso em função da fé ou religião, mostrou-se um desafio para a pesquisadora no desenvolvimento da pesquisa.

Neste sentido, a pesquisadora compreende, inclusive com base nas pesquisas indicadas, que a religiosidade/espiritualidade/fé contribui com a melhoria da condição física dos pacientes. Contudo, não é possível deixar de se avaliar a possibilidade de tornar-se um obstáculo para aqueles pacientes que acreditam ter alcançado a cura de problemas crônicos através de suas práticas religiosas, pois a “[...] religião pode encorajar pensamentos mágicos

⁷⁵ ALVES, Bruna Araújo; CALIXTO, A. A. T. F. Aspectos determinantes da adesão ao tratamento de hipertensão e diabetes em uma Unidade Básica de Saúde do interior paulista. *Journal of the Health Sciences Institute*, v. 30, n. 3, p. 255-260, 2012. p. 256.

⁷⁶ KOENIG, 2005, p. 5.

⁷⁷ CARTAXO, 2010, p. 1.

⁷⁸ KOENIG, 2005, p. 32.

já que as pessoas rezam esperando uma cura como se Deus fosse um gênio gigante prestes a atender todos os desejos humanos”⁷⁹.

Toda esta situação acima descrita é corroborada por Cartaxo quando ele destaca que é “[...] pertinente salientar que pode ser difícil perceber quando a religiosidade constitui uma ajuda ou, por outro lado um obstáculo, ao alcance de resultados adaptativos no processo terapêutico”⁸⁰.

Frente à apresentação dos dados discutidos neste texto e da abrangência dessas doenças em especial nos serviços públicos de saúde, o próximo item deste trabalho irá abordar o tema DM e HA na perspectiva da aceitação ou não da doença por parte dos pacientes do SUS.

1.3 O processo de aceitação ou *não* aceitação do tratamento medicamentoso em diálogo com a religiosidade/espiritualidade/fé do paciente portador de doenças crônicas

As doenças crônicas não transmissíveis compõem grande parte dos atendimentos do SUS. A sua influência na vida da sociedade é em âmbito social, emocional, organizacional, dentre tantos outros. A transição demográfica resultou em significativa diminuição das taxas de fecundidade, natalidade, como no aumento progressivo da expectativa de vida e do número de idosos. A transição epidemiológica decorrente da urbanização, do acesso aos serviços de saúde e aos meios de diagnóstico, resultou em um novo perfil de morbimortalidade. A transição nutricional por fim resultou do aumento progressivo de sobrepeso e obesidade em função das mudanças do padrão alimentar e do sedentarismo da vida urbana. Tais processos levaram a alterações nos padrões de ocorrência de morbidades como o aumento da prevalência das DCNT.⁸¹

Diante destas mudanças é crescente o número de novos portadores de doenças crônicas, sendo também as maiores responsáveis por internações e óbitos. “No mundo atribuiu-se 63% dos óbitos às DCNT, sendo 80% nos países subdesenvolvidos e em desenvolvimento. No Brasil, dados demonstram que as DCNT são responsáveis por 72% da mortalidade brasileira, com distribuição uniforme entre as regiões”⁸². As DCNT podem ser desencadeadas por diversos fatores, muitos destes, quando modificados podem evitar o desenvolvimento da

⁷⁹ KOENIG, 2005, p. 46.

⁸⁰ CARTAXO, 2010, p. 5.

⁸¹ LAURENTI R. Transição demográfica e transição epidemiológica. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EPIDEMIOLOGIA, 1., 1990, Rio de Janeiro. *Anais...* Rio de Janeiro: Abrasco, 1990. p. 143-165.

⁸² PEREIRA, Silvia Eliza Almeida *et al.* Fatores de risco e complicações de doenças crônicas não transmissíveis. *Ciência & Saúde*, v. 10, n. 4. p. 213-219, out.-dez. 2017. p. 214.

doença. Entre os fatores modificáveis estão a obesidade, dislipidemias, ingestão de bebidas alcoólicas, tabagismo, sedentarismo e estresse e hábitos alimentares pouco saudáveis.⁸³

As doenças crônicas não transmissíveis como HA e DM são as primeiras causas de hospitalizações no sistema público de saúde e são os principais fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, sendo que cerca de 60% a 80% dos casos poderiam ser tratados na rede pública básica.⁸⁴

Em nível mundial cerca de 8,8% da população na faixa etária entre 20 à 79 anos é portadora de DM, sendo a HA 2,4 vezes mais frequentes nos portadores de DM.⁸⁵ O DM acompanhado de suas possíveis complicações constituiu a principal causa de mortalidade no ano de 2015. Os números se aproximam de 5 milhões de óbitos, atingindo uma média de 1 óbito a cada 6 segundos.⁸⁶

O Brasil está na quarta colocação no ranking dos países com maior número de pessoas diabéticas, 14,3 milhões de portadores, com projeção de 23,3 milhões para o ano 2040. O mais alarmante é o fato de que o aumento nestas prevalências estão associadas à inúmeros fatores, dentre eles, o baixo desempenho dos serviços de saúde.⁸⁷

Apesar de números tão expressivos e da grande expansão da doença, o tratamento para o controle das mesmas é simples e de fácil acesso, pois os medicamentos estão disponibilizados pelos serviços públicos de saúde e nas farmácias populares sem ônus para estes pacientes.⁸⁸ Além do tratamento medicamentoso, mudanças de hábitos como a adesão a uma boa alimentação e práticas de atividade física seriam suficientes para melhoria da qualidade de vida do paciente.⁸⁹

Parece-nos pertinente afirmar que doenças de fácil controle e na maioria das vezes assintomáticas, são responsáveis pelo maior número de hospitalizações do SUS. É ainda mais questionável a dificuldade no controle da doença considerando o oferecimento dos medicamentos para o tratamento específico sem ônus financeiro direto para o paciente.

⁸³ SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, São Paulo, v. 89, n. 3, p. 24-79, set. 2007. p. 40.

⁸⁴ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria e vigilância em saúde, Departamento de análise de Situação de Saúde. *Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022*. Brasília, 2011. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf>. Acesso em: 30 mar. 2017.

⁸⁵ OLIVEIRA, José Egídio Paulo de; MONTENEGRO JÚNIOR, Renan Magalhães; VENCIO, Sergio (Orgs.). *Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018*. São Paulo: Clannad, 2017. p. 12.

⁸⁶ OLIVEIRA; MONTENEGRO JÚNIOR, 2017, p. 14.

⁸⁷ OLIVEIRA; MONTENEGRO JÚNIOR, 2017, p. 13.

⁸⁸ BRASIL. Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990. *Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências*. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm>. Acesso em: 09 jan. de 2018.

⁸⁹ IRIGOYEN, Maria Cláudia *et al.* Exercício físico no diabetes melito associado à hipertensão arterial sistêmica. *Revista Brasileira Hipertensão*, v. 10, p. 109-117, 2003. p. 114.

Sem o controle adequado, a possibilidade de associação do DM e da HA é da ordem de 50%, o que requer, na maioria dos casos, o manejo de ambas em um mesmo paciente. O tratamento das doenças crônicas envolve constante vigilância e acompanhamento para adesão e possível minimização de agravos.⁹⁰ Sobretudo, diante da impossibilidade de cura os pacientes tornam-se relapsos e pouco comprometidos com o tratamento. A falta de sintomas muitas vezes favorece o paciente nesta prática da não adesão.

“A prevenção das doenças crônicas é possível e urgente”⁹¹. Considerando que a HA e o DM representam importantes fatores de risco para problemas cardiovasculares, o Ministério da Saúde implantou, em 2001, no Brasil, o Plano de Reorganização da Atenção à HA e ao DM, em parceria com as sociedades brasileiras de Cardiologia, de Nefrologia, de Hipertensão e de Diabetes, dentre outras.⁹² Programas de auxílio e campanhas de conscientização se tornaram ferramentas importantes no combate a essas doenças. Parte importante do Plano de Reorganização é o Programa Nacional de Assistência Farmacêutica para Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, cujo objetivo é garantir o acesso à população a medicamentos seguros, eficazes e de qualidade, através da implantação do cadastramento dos portadores de HA e DM através da instituição do Cadastro Nacional de Portadores de Hipertensão e Diabetes, a oferta de maneira contínua para a rede básica de saúde dos medicamentos.⁹³

Para estabelecer novas estratégias de controle e novas propostas de auxílio a esses pacientes é necessário compreender os motivos da não aceitação do quadro da doença e não adesão ao tratamento farmacológico. Estudos vêm levantando os principais fatores da não adesão dos pacientes aos tratamentos, e dentre eles, podem ser citados a impossibilidade de cura, falta de sintomas e até mesmo relacionamento com a equipe de saúde.⁹⁴ São também fatores interferentes os de natureza socioeconômica e cultural, os psicológicos e emocionais.⁹⁵

A falta de adesão ao tratamento da HAS e DM é um grave problema de saúde pública, pois resulta na morte de 400 mil brasileiros hipertensos e 36 mil diabéticos

⁹⁰ SILVA, Juliana Veiga Mottin da *et al.* Avaliação do programa de hipertensão arterial e diabetes mellitus na visão do usuário. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Brasília, v. 68, n. 4, p. 626-632, ago. 2015. p. 630.

⁹¹ DAUDT Carmen Vera Giacobbo. *Fatores de risco de doenças crônicas não transmissíveis em uma Comunidade Universitária do Sul do Brasil*. 2013. 177 f. Tese (Doutorado) - Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013. p. 16.

⁹² BRASIL, 2001.

⁹³ BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Atenção Básica: hipertensão e diabetes*. Portaria nº 371 de 04 de março de 2002. Brasília, 2002. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/hipertensao_diabetes/portaria_371.php>. Acesso em: 13 jul. 2017.

⁹⁴ LIMA, Helder de Pádua *et al.* Adesão do usuário hipertenso ao tratamento e a interface com o saber sobre o agravamento. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, v. 11, n. 2, p. 170-178, abr.-jun. 2010. p. 176.

⁹⁵ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Manual de adesão ao tratamento para pessoas vivendo com HIV e Aids*. Brasília, 2008. p. 130.

por ano. Também acarretam graves complicações evoluindo para hospitalizações, agravos sociais por absenteísmo no trabalho, elevados custos com internações de longa permanência, invalidez, aposentadoria precoce e outros.⁹⁶

Nesta lista não se fala de razões religiosas. Exatamente para buscar preencher esta lacuna de informação, a pesquisadora, com olhar voltado para o município onde atua como profissional da área farmacêutica propôs a atual pesquisa, a partir do olhar e da experiência do profissional farmacêutico. Por se tratar de um tratamento de uso contínuo a falta adesão pode acontecer sem intenção por parte do paciente. Tratamentos mais longos são mais propícios ao esquecimento, principalmente em pacientes que usam outros medicamentos.

Os pacientes podem ser classificados em dois grupos: Pacientes que não fazem uso dos medicamentos, por esquecimento, por falta de instrução ou por incapacidade de gerenciar o processo do uso correto sozinhos, são denominados não aderentes involuntários, e pacientes voluntários, que possuem capacidade de gerenciar seu tratamento e optaram por não seguir totalmente ou parcialmente ao tratamento por quaisquer motivos.⁹⁷ O foco desta pesquisa são especificamente os não aderentes voluntários, em razão da responsabilidade do profissional da área farmacêutica no aconselhamento e acompanhamento do tratamento farmacológico do paciente.

Compreender os motivos da não aceitação do tratamento e conscientizá-lo da necessidade e do benefício do mesmo se torna um grande desafio a ser alcançado. Levar em conta a história espiritual ou de fé do paciente e dialogar com os mesmos sobre suas preocupações espirituais pode ter um impacto positivo no modo de seguir as recomendações médicas. Assuntos de natureza espiritual podem ser considerados mais importantes para os pacientes quando uma séria doença crônica está ameaçando a vida ou a qualidade de vida, ou quando um fator estressante psicossocial está presente e envolve perda ou mudança na qualidade de vida, por isso é importante “[...] é entender as crenças do paciente e o papel que elas têm junto à saúde e a doença, sem julgar ou tentar modificar estas crenças ou a falta delas”⁹⁸.

Os impactos gerados pelas doenças crônicas vão muito além dos custos para o sistema público de saúde. Há um custo social, em função da ausência no trabalho, aposentadorias precoces e a morte de parcela economicamente ativa da população. [...] gastos no ano de 2015 no Brasil foram avaliados em U\$\$ 22 bilhões, e a projeção para o ano de 2040

⁹⁶ ALVES; CALIXTO, 2010, p. 260.

⁹⁷ WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Definition of palliative care*. Disponível em: <<http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>>. Acesso em: 21 jan. 2018.

⁹⁸ KOENIG, 2005, p. 13.

atinge os US\$ 29 bilhões⁹⁹, sendo papel da equipe profissional, através da conscientização do paciente, levá-lo a compreender que “[...] mesmo que a cura não ocorra, os cuidados paliativos podem trazer qualidade ao restante de vida ao paciente”¹⁰⁰. A OMS estabelece como cuidados paliativos as dimensões, biopsicossocial e espiritual/religiosa.¹⁰¹

É sempre importante lembrar que a “[...] religiosidade e espiritualidade são campos de elaboração subjetiva em que a maioria da população latino-americana - e, especificamente, brasileira - constrói de forma simbólica o sentido da sua vida e busca motivação para superar a crise existencial decorrente da doença e outras situações da vida”¹⁰².

O profissional de saúde, neste caso o/a farmacêutico/a, deve estar preparado para lidar com esta realidade, a crise no momento da doença, e o sentido religioso da vida. Considerando que no tratamento do DM e HA não há possibilidade de cura, e que o profissional busca, é o controle da doença, para melhoria da qualidade de vida do paciente. Em assim sendo, deve lançar mão de todos os recursos disponíveis a fim de garantir o bem estar do paciente. Koenig sublinha que é observável o fato que a “[...] religião entra em conflito em relação ao tratamento médico dispensado e os pacientes decidem em favor da religião, preferindo arriscar-se do que alienar-se do sistema que lhes dão sentido à vida e esperança (ficando à parte de seu grupo social)”¹⁰³.

A religiosidade e a espiritualidade do paciente são dimensões importantes no que diz respeito ao enfrentamento das enfermidades e o bem-estar do paciente.¹⁰⁴ Sendo assim as crenças pessoais dos pacientes necessitam ser inseridas na prática clínica do profissional de saúde, a fim de se alcançar uma relação mais humanística e um tratamento mais integrado.¹⁰⁵

Compreendendo esta necessidade a pesquisadora propõe esta pesquisa por perceber que a inserção da religiosidade/espiritualidade na prática clínica farmacêutica se apresenta como complicador, visto que este profissional não foi instruído durante sua formação técnica para lidar com a temática. A formação técnica profissional oferece conteúdos relacionados a problemas de saúde e a medicamentos, além de abordagem clínica, mas nunca relacionando as

⁹⁹ OLIVEIRA; MONTENEGRO JÚNIOR, 2017, p. 13.

¹⁰⁰ PUCHALSKI, Christina *et al.* Improving the quality of spiritual care as a dimension of palliative care: the report of the Consensus Conference. *Journal of Palliative Medicine*, v. 12, n. 10, p. 885-904, 2009. p. 893.

¹⁰¹ WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Definition of palliative care*. Disponível em: <<http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>>. Acesso em: 21 jan. 2018. p. 886.

¹⁰² MOREIRA-ALMEIDA, Alexander *et al.* Versão em português da escala de religiosidade da Duke – DUREL. *Revista Psiquiatria Clínica*, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 31-32, 2008. p. 134.

¹⁰³ KOENIG, 2005, p. 47.

¹⁰⁴ LUCCHETTI, Giancarlo *et al.* O idoso e sua espiritualidade: impacto sobre diferentes aspectos do envelhecimento. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 159-167, mar. 2011. p. 161.

¹⁰⁵ LUCCHETTI, 2011, p. 161.

questões espirituais que estão intimamente relacionadas com a necessidade do paciente neste momento de fragilidade.

A associação positiva da religiosidade e saúde do paciente demonstrada em estudos científicos pode ser alvo de controvérsias. Ainda que em menor expressividade alguns autores, apontam seus aspectos negativos, onde aqueles pacientes que possuíam dúvidas e conflitos religiosos apresentaram maior mortalidade.¹⁰⁶ Resultados semelhantes foram observados em outros estudos onde o conflito religioso desencadeou elevação das taxas de depressão, estresse e fadiga do doente.¹⁰⁷ Deste modo, é possível afirmar que as crenças religiosas e suas práticas são usadas para regular a emoção durante os tempos de doenças, mudanças e circunstâncias que estão fora do controle pessoal dos pacientes.¹⁰⁸

Sendo a questão religiosa capaz de influenciar tão expressivamente, positiva ou negativamente, de acordo com a forma que o paciente se empodera da mesma, entende-se que os profissionais de saúde, em especial o profissional farmacêutico, precisam estar capacitados para orientação e instrução nesta área, afim de potencializar a eficácia do tratamento, unindo a força da religiosidade/espiritualidade do paciente e a eficácia da farmacoterapia.

O segundo capítulo deste trabalho irá abordar a participação do profissional da área de farmácia no contexto do SUS através do processo de assistência farmacêutica a fim de compreender sua relação com os pacientes e sua contribuição na promoção da saúde nos serviços públicos de saúde.

¹⁰⁶ PARGAMENT, K.I. *et al.* Religious struggle as a predictor of mortality among medically ill elderly patients. *Arch Internal Medicine*, v. 161, n. 15, p. 1881–1885, 2001. p. 1884.

¹⁰⁷ SHERMAN A.C. *et al.* Religious struggle and religious comfort in response to illness: health outcomes among stem cell transplant patients. *Journal of Behavioral Medicine*. v. 28, n. 4, p. 359-367, 2005. p. 362.

¹⁰⁸ KOENIG, 2005, p. 6.

2 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE EM RELAÇÃO COM A RELIGIOSIDADE/ESPIRITUALIDADE DO PACIENTE

Neste segundo capítulo a pesquisadora pretende apresentar, ainda que de forma sucinta, a história da assistência farmacêutica como parte integrante dos serviços públicos de saúde, desde sua necessidade à sua efetiva implantação. Ressalta a atenção farmacêutica, como etapa fundamental do ciclo da assistência por seu objetivo de atendimento direto ao paciente, além do papel do profissional de farmácia nos serviços públicos de saúde e no desenvolvimento da assistência por ele/ela prestada, e sua aceitação ou não aceitação por parte dos pacientes em diálogo com sua religiosidade/espiritualidade/fé. No primeiro tópico deste capítulo será apresentada, ainda que de forma abreviada, a implantação da assistência farmacêutica nos serviços públicos de saúde no Brasil.

2.1 A implantação da assistência farmacêutica nos serviços públicos de saúde

A história da Saúde Pública brasileira é caracterizada por inúmeras reorganizações administrativas com a finalidade de garantir à população o direito primordial a saúde. Neste contexto, podemos destacar a implantação da assistência farmacêutica e o sistema único de saúde, os quais estão diretamente ligados à evolução da saúde pública brasileira. Dentre as diversas reorganizações realizadas, os medicamentos foram um dos principais desafios, podendo ser percebida a dificuldade de adequação de seu oferecimento e uso nas diversas propostas ao longo dos anos.

A assistência farmacêutica, até início do século XX, era considerada um serviço do profissional farmacêutico junto à população na promoção da saúde, entretanto, a partir das décadas de 1920 e 1930, a introdução dos medicamentos industrializados no mercado brasileiro, levou o profissional farmacêutico a um longo período de desvalorização, sendo sua função distanciada do cuidado a saúde.¹⁰⁹

Políticas adotadas na década de 1970 para oferecer acesso à população a então denominada assistência farmacêutica, como marco principal houve a criação da Central de Medicamentos (CEME) para regular a produção e distribuição dos medicamentos.¹¹⁰

¹⁰⁹ SANTOS, Rosana Isabel dos; SOARES, Luciano; PUPO, Guilherme Daniel (Orgs.). *Gestão da Assistência Farmacêutica*. Florianópolis - SC, 2015. p. 85.

¹¹⁰ COSENDEY, Marly Aparecida Elias et al. Assistência farmacêutica na atenção básica de saúde: a experiência de três estados brasileiros. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 171-182, jan. 2000. p. 172.

Até a década de 1980, portanto antes da criação do SUS, o termo assistência farmacêutica esteve associado ao fornecimento governamental de medicamentos.¹¹¹

Vários problemas foram detectados no período de vigência da CEME, tais como: falta de acesso da população aos medicamentos; prescritores que não utilizavam como base a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME); desperdícios de medicamentos por falta de conhecimento do perfil epidemiológico das populações atendidas; dificuldades de logística, prazo de validade vencido; além de insuficiência de recursos financeiros.¹¹² Apesar do insucesso da CEME pela falta de direcionamento e adesão dos participantes às propostas iniciais, ela serviu como pontapé inicial para o desenvolvimento de novos programas.

Lançado em 1987, o Programa de Farmácia Básica apresentou como maior deficiência, não considerar as diversidades regionais e perfis epidemiológicos diversos, ocasionando uma grande perda de medicamentos. Por esta razão o programa foi encerrado após dois anos.¹¹³ As grandes perdas de medicamento, além da falta de tratamento adequado para atendimento às demandas, geraram grandes prejuízos financeiros e sociais, além de falta de credibilidade aos programas propostos.

Com a afirmação do direito universal à saúde, na Constituição de 1988; o reconhecimento do papel dos medicamentos na atenção à saúde; o impacto disto sobre os gastos com saúde; e o movimento de profissionais farmacêuticos, no sentido de fortalecer o seu trabalho dentro das equipes de saúde, a Assistência Farmacêutica vem ganhando uma significação mais ampla, contemplando aspectos das atividades logísticas e os demais serviços voltados à garantia de acesso a medicamentos de qualidade, bem como ao uso racional.¹¹⁴

“A década de 1990 foi marcada por uma crise na CEME em razão de atritos entre a instituição e os laboratórios oficiais e escândalos de corrupção que culminaram com a sua extinção.”¹¹⁵ Nesta ocasião aconteceu a regulamentação do SUS, como um conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais.¹¹⁶ Esta regulamentação reforçou a necessidade da formulação de uma política

¹¹¹ SANTOS, *et. al*, 2015, p. 85.

¹¹² ACÚRCIO F. A. Política de medicamentos e assistência farmacêutica no Sistema Único de Saúde. In: ACÚRCIO F. A. (Org). *Medicamentos e Assistência Farmacêutica*. Belo Horizonte: Coopmed, 2003. p. 16.

¹¹³ COSENDEY, 2000, p. 182.

¹¹⁴ SANTOS, *et. a.*, 2015, p. 86.

¹¹⁵ OLIVEIRA, Luciane Cristina Feltrin de; ASSIS, Marluce Maria Araújo; BARBONI, André René. Assistência Farmacêutica no Sistema Unico de Saúde: da política nacional de medicamentos à atenção básica à saúde. *Ciências e saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 3561-3567, nov. 2010. p. 3563.

¹¹⁶ BRASIL. Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990. *Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências*. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm>. Acesso em: 09 jan. de 2018.

nacional de medicamentos, que estivesse em consonância com o novo sistema de saúde do país.¹¹⁷

Para início efetivo do funcionamento dos serviços prestados pelo SUS, levantou-se em 1992, na 9ª Conferência Nacional de Saúde, a necessidade do estabelecimento de Normas Operacionais Básicas (NOB), que norteassem a prestação dos serviços, uma tentativa de dar forma à Atenção Básica, surgiu a proposta do Programa Saúde da Família (PSF), entendendo que, se não priorizassem a instância básica, a demanda seria de ordem maior custo.¹¹⁸

Apesar da criação do SUS, que trazia a descentralização como um princípio, a CEME continuou realizando as ações de aquisição de medicamentos. Após a extinção do INAMPS, as Secretarias de Saúde dos Estados e dos Municípios realizavam seus próprios convênios com a CEME para ter acesso aos medicamentos.¹¹⁹

Logo após a desativação da CEME, a Portaria nº 3.916 de 30 de outubro de 1998 definiu a Política Nacional de Medicamentos (PNM), suas funções e finalidades dentro do âmbito dos serviços de saúde, como atividades relacionadas ao medicamento, incluindo o abastecimento de medicamentos, com base na adoção da RENAME. Além disso, instituiu-se controle de qualidade, segurança e eficácia terapêutica e acompanhamento durante a utilização, garantindo assim o uso racional de medicamentos, com gestão descentralizada e a programação feita com base nos perfis epidemiológicos de cada local para melhor atender às necessidades das populações.¹²⁰ A nova proposta com a relação de medicamentos essenciais e que permitia considerar as particularidades regionais de cada população foi um grande avanço na gestão de medicamentos para os serviços de saúde e abriu portas para novas discussões e propostas no que se refere aos serviços farmacêuticos.

Em 2002 o Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica discutiu novos modelos e propostas de prática da Atenção farmacêutica a fim de atender as particularidades do sistema de saúde do país. É importante lembrar que Assistência e Atenção Farmacêutica são processos distintos, contudo desenvolvidos em conjunto. Sendo a assistência um ciclo de ações que visam o processo da seleção, aquisição, armazenamento e distribuição/dispensação do medicamento e a atenção uma das etapas da assistência, onde o foco é o tratamento

¹¹⁷ ZEPEDA BERMÚDEZ, Jorge Antonio; ALBUQUERQUE POSSAS, Cristina de. Análisis crítico de la política de medicamentos en el Brasil. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP)*, v. 119, n. 3, p. 270-277, 1995. p. 272.

¹¹⁸ SANTOS *et. al*, 2015, p. 85.

¹¹⁹ OLIVEIRA *et. al*, 2010. p. 3563.

¹²⁰ BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.916 de 30 de outubro de 1998. *Define a Política Nacional de Medicamentos*. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3916_30_10_1998.html>. Acesso em: 12 ago. 2017.

farmacológico do paciente.¹²¹ Com tantos fracassos e equívocos apresentados nas tentativas da implantação de uma política de medicamentos, o participação do profissional farmacêutico no processo de gestão de medicamentos foi compreendida e aceita pelos órgãos de saúde.

Foi em 2003, a partir da I Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica, Decreto nº 4.726 de 9 de junho, com a criação do Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos que pela primeira vez, institucionalizou-se a assistência farmacêutica no MS.¹²² O Conselho Nacional de Saúde (CNS) aprovou em 2004, através da Resolução número 338, a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), definida como “[...] um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial e visando o acesso e seu uso racional”¹²³.

Fazem parte dessas ações, a pesquisa, a produção de novos fármacos e insumos, e todo o processo de gestão como seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, acompanhamento farmacoterapêutico, a fim de alcançar resultados concretos de melhoria da qualidade de vida da população.¹²⁴

Após a constatação dos crescentes e elevados gastos com medicamentos nos serviços públicos, principalmente por motivos de uso inadequado dos mesmos, considerou-se a importância da assistência farmacêutica nos serviços de saúde.¹²⁵

Objetivando ampliar o acesso da população aos serviços de saúde e a medicamentos considerados essenciais, foi criado em 2004 o PFPB. O programa teve como foco os pacientes do sistema privado de saúde que porventura não conseguissem adquirir seus medicamentos. Composta por farmácias populares, unidades próprias implantadas pelo MS, e que possuísem parceria com estados e municípios. Os medicamentos seriam produzidos e disponibilizados pela Fiocruz.¹²⁶ O programa foi aprimorado, e a ampliação do acesso trouxe grandes benefícios, diante da possibilidade de atender maior parcela da população.

Através da Portaria 491 de 2006 houve a expansão para o setor privado, através das parcerias com as farmácias e drogarias legalmente instaladas. O pagamento destes

¹²¹ IVAMA, Adriana Mitsue *et al.* Consenso brasileiro de atenção farmacêutica: proposta. In: CONSENSO BRASILEIRO DE ATENÇÃO FARMACÊUTICA. Organização Pan-Americana da Saúde: Brasília, 2002. p. 17.

¹²² PORTELA A. S. *et al.* Políticas públicas de medicamentos: trajetória e desafios. *Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada*. v. 31, p. 9-14, 2010. p. 12.

¹²³ BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 338, de 06 de maio de 2004. *Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica*. Diário Oficial da União, Poder Executivo. Brasília, n. 96, 20 maio 2004.

¹²⁴ BRASIL, 2004.

¹²⁵ MARIN, Nelly *et al.* *Assistência farmacêutica para gerentes municipais*. Rio de Janeiro: Opas/OMS, 2003. p. 83.

¹²⁶ PEREIRA, 2013, p. 43.

medicamentos seria feito em parte pelo governo federal e em parte pelo cidadão, que obteria descontos de até 90% do valor real do medicamento. “O Ministério da Saúde efetua o pagamento das vendas realizadas diretamente ao comércio credenciado a partir de um valor de referência por medicamento”¹²⁷.

Em 2009 o programa recebeu a denominação Aqui Tem Farmácia Popular. São encontradas algumas diferenças entre os grupos da rede própria de farmácias e os estabelecimentos participantes do Aqui Tem Farmácia Popular. Dentre elas destaca-se maior número de itens disponibilizados nas redes próprias em relação ao elenco subsidiado pelo Governo Federal nas farmácias e drogarias credenciadas pelo programa.¹²⁸ Através das ramificações do programa levadas até o paciente pelas redes de farmácias particulares, a relação usuário e prestador de serviços se tornaram mais articuladas, aumentando a possibilidades de acesso do paciente.

O sucesso do programa pode ser percebido por números expressivos. São mais de 25.000 estabelecimentos privados credenciados no programa, além das mais de 500 unidades próprias. Ambos possuem regras claras definidas pela legislação para nortear a dispensação de medicamentos, normas essas que buscam, não apenas cumprir os preceitos legais, mas a racionalidade do uso dos medicamentos.¹²⁹

A partir de fevereiro de 2011, os medicamentos indicados para o tratamento da hipertensão e do diabetes constantes do elenco das duas versões do programa passaram a ser dispensados sem custos para o usuário. Essa ação foi denominada “Saúde não tem preço” e ampliou consideravelmente o número de atendimentos realizados no Programa, quando comparado com o ano anterior.¹³⁰

Desta maneira o acesso aos medicamentos já não seria mais um impedimento para a realização do tratamento. O medicamento é disponibilizado sem ônus direto e o paciente tem fácil acesso a medicação mediante ao grande número de estabelecimentos credenciados nos programas para atendimento da demanda.

Com o aumento da demanda de medicamentos e a disponibilização dos mesmos através dos serviços públicos, amplia-se a necessidade de profissionais capacitados que possam desenvolver de forma responsável o proposto pelo programa, garantindo o uso adequado e de forma racional dos medicamentos.¹³¹ Sendo assim, a Assistência Farmacêutica

¹²⁷ SILVA. 2016. p. 74.

¹²⁸ PEREIRA, 2013, p. 2.

¹²⁹ BRASIL. Ministério da Saúde. Sala de Situação em Saúde. *Saúde não tem preço*. Disponível em: <<http://sage.saude.gov.br/>>. Acesso em: 12 fev. 2018.

¹³⁰ PEREIRA, 2013, p. 4.

¹³¹ VIEIRA, 2007, p. 217.

apresenta-se como um componente da política de medicamentos, sendo essencial ao sistema de saúde.¹³²

O farmacêutico tem função importante na Assistência Farmacêutica, na medida em que é o único profissional da equipe de saúde que tem sua formação técnico-científica fundamentada na articulação de conhecimentos das áreas biológicas e exatas. Em relação à atividade do farmacêutico neste teatro de operações, a Organização Mundial de Saúde (OMS) reconheceu que esse é o profissional com melhor capacitação para conduzir as ações destinadas à melhoria do acesso e promoção do uso racional dos medicamentos, sendo ele indispensável para organizar os serviços de apoio necessários para o desenvolvimento pleno da assistência farmacêutica.¹³³

A falha na etapa final de atendimento ao paciente, por motivos de uso inadequado, falta de adesão, ou possível interações medicamentosas colocaria a perder todo o processo de atendimento, não alcançando o objetivo final de cura/controlar a doença. O acompanhamento farmacêutico é, portanto, imprescindível para o sucesso do tratamento.

Após esta breve apresentação da implantação da assistência farmacêutica nos serviços públicos de saúde, a pesquisadora compreende que para dar prosseguimento ao debate, será útil a apreciação do tema que trata especificamente da atuação do profissional da área farmacêutica nos serviços públicos de saúde, o que será feito no próximo subtópico.

2.2 O profissional da área farmacêutica no serviço público de saúde

O SUS é composto por uma equipe multiprofissional que visa oferecer o melhor atendimento às necessidades dos pacientes. “No Brasil, os modelos tecnológicos em saúde que precederam o SUS, contribuíram para afastar o farmacêutico dos pacientes, pois não era prevista a sua participação na equipe de saúde, nem o medicamento considerado insumo estratégico”¹³⁴. O farmacêutico foi entendido durante muito tempo como profissional do medicamento, sendo relacionado exclusivamente com sua produção e disponibilização ao mercado.

Com o desenvolvimento da indústria, o papel do farmacêutico foi diminuindo gradativamente, do papel tradicional do boticário, que preparava e vendia os medicamentos,

¹³² ARAÚJO, Aílson da Luz André de; FREITAS, Osvaldo de. Concepções do profissional farmacêutico sobre a assistência farmacêutica na unidade básica de saúde: dificuldades e elementos para a mudança. *Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas*, São Paulo, v. 42, n. 1, p. 137-146, mar. 2006. p. 144.

¹³³ ARAUJO, Aílson da Luz André de et al. Perfil da assistência farmacêutica na atenção primária do Sistema Único de Saúde. *Ciências saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, p. 611-617, abr. 2008. p. 612.

¹³⁴ PEREIRA, 2008, p. 604.

que prescrevia e fornecia orientações aos seus clientes sobre o uso dos mesmos.¹³⁵ As atividades farmacêuticas voltaram-se principalmente para a produção de medicamentos e insumos numa abordagem técnico-industrial e concentraram-se no desenvolvimento de novos fármacos.¹³⁶ Somente após episódios de risco e agravos à saúde, pelo uso desorientado de medicamentos, que se começou a discutir e observar a importância de um profissional capaz de estabelecer o controle e uso adequado dos mesmos.

O lamentável desastre ocorrido em 1962, com em virtude do uso da talidomida por gestantes, ocasionando uma epidemia de focomelia, desencadeou um novo olhar sobre o uso dos medicamentos e foi o marco para o surgimento das ações de farmacovigilância. Passou-se então ao período de desenvolvimento da atenção ao paciente. Os países começaram a se preocupar com a promoção do uso racional dos medicamentos, motivados pela publicação de documentos pela Organização Mundial da Saúde (OMS). O primeiro passo neste sentido foi à introdução do conceito de medicamentos essenciais em 1977.¹³⁷

O avanço tecnológico científico no desenvolvimento e na produção de novos fármacos propiciou consequente aumento da expectativa de vida populacional em decorrência do controle das doenças, tornando cada vez maior a demanda por novos medicamentos.¹³⁸

O acesso aos medicamentos apresenta intrincada relação com a utilização dos serviços de saúde.¹³⁹ O profissional farmacêutico surge como o responsável pela prática assistencial ao paciente, por ser o último profissional da saúde a ter contato direto com o paciente. O farmacêutico torna-se corresponsável pelo tratamento do paciente após a equipe médica optar pela intervenção medicamentosa, e dará continuidade ao processo de acompanhamento do paciente.¹⁴⁰

Os serviços de atenção farmacêutica também denominado clínica farmacêutica corresponde a uma etapa essencial do trabalho farmacêutico da atenção básica de saúde.¹⁴¹ Este serviço visa orientar o usuário em relação aos seus medicamentos e problemas de saúde, além da promoção da adesão terapêutica, otimização da farmacoterapia, uso racional de medicamentos, dentre outros.¹⁴²

¹³⁵ VIEIRA, 2007, p. 215.

¹³⁶ VIEIRA, 2007, p. 215.

¹³⁷ Cf. VIEIRA, 2007, p. 215.

¹³⁸ BRASIL. Ministério da Saúde. *A assistência farmacêutica nas Redes de Atenção à Saúde do SUS*. Brasília, 2012, p. 25.

¹³⁹ SANTOS, 2015. p. 107.

¹⁴⁰ VIEIRA, 2007, p. 217.

¹⁴¹ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. *Serviços farmacêuticos na atenção básica à saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. p. 69.

¹⁴² BRASIL, 2014, p. 72.

Para realização dessas ações e alcance dos objetivos propostos pelo chamado 'método clínico' são necessárias consultas farmacêuticas com o paciente, que demandam coleta de dados do paciente, avaliação e identificação de possíveis problemas relacionados ao tratamento medicamentoso, proposta de um plano de cuidado ao paciente.¹⁴³

A partir de situações como esta, maior ênfase foi dada a atividade de Farmácia Clínica e a preocupação com o uso seguro e racional do medicamento pode ser percebido, havendo no ano de 1969, a alteração no código de ética de profissional farmacêutico estabelecendo suas habilidades como de um profissional da saúde.¹⁴⁴ Ainda assim a participação profissional do/a farmacêutico/a não era muito abrangente, e restringia-se a estabelecimentos farmacêuticos especificamente, sem nenhuma relação de interação com o paciente.

A atuação do farmacêutico no setor público de saúde é muito recente. Na década de 1980 era possível encontrar farmacêuticos nas farmácias centralizadas do INAMPS e em ambulatórios de saúde mental, que respondiam pelos medicamentos controlados. Nas Secretarias Estaduais de Saúde havia farmacêuticos ligados à Vigilância Sanitária e quase nunca relacionados à Assistência Farmacêutica. A inserção do profissional farmacêutico nessa área tem sido gradativa e heterogênea. Apesar dos avanços, atualmente a integração do farmacêutico nos sistemas de saúde ainda está, quantitativa e qualitativamente, muito longe das necessidades reais.¹⁴⁵

Embora os programas para distribuição gratuita de medicamentos no SUS tenham sido iniciados logo após a publicação da PNM, a assistência farmacêutica em caráter sistêmico, indo além do aspecto logístico para incluir a prestação de serviços, só tem sido priorizada mais recentemente, com destaque para o aumento da oferta de capacitação em serviços farmacêuticos e gestão e de linha de financiamento para essa finalidade.¹⁴⁶

A introdução do farmacêutico clínico, no auxílio do tratamento do paciente encontrou resistência tanto por parte dos demais profissionais de saúde, porque “[...] desde o princípio, a profissão farmacêutica desenvolveu-se em um contexto de disputa com outros profissionais”¹⁴⁷. Estes temiam perda de espaço. Também houve resistência por parte dos

¹⁴³ BRASIL, 201, p. 75.

¹⁴⁴ ANGONESI, Daniela; SEVALHO, Gil. Atenção Farmacêutica: fundamentação conceitual e crítica para um modelo brasileiro. *Ciência & Saúde Coletiva*. v. 15, n. 3, p. 3603-3614, 2010. p. 3606.

¹⁴⁵ MESTRINER, Darlene Caprari Pires. O farmacêutico no serviço público de saúde: a experiência do Município de Ribeirão Preto - SP. 2002. 128 f. Dissertação (Mestrado em Saúde na Comunidade) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003. p. 19.

¹⁴⁶ MELO, Daniela Oliveira de; CASTRO, Lia Lusitana Cardozo de. A contribuição do farmacêutico para a promoção do acesso e uso racional de medicamentos essenciais no SUS. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, n. 1 p. 235-244, 2017. p. 236.

¹⁴⁷ ANGONESI, 2010, p. 3604.

pacientes que se habituaram ao uso descontrolado de medicamentos e receberam com desconfiança a nova proposta de uso racional.

Adicionalmente, ainda vivemos no Brasil, sob a forte tradição de formação farmacêutica voltada para o medicamento e não temos um modelo consolidado de trabalho voltado ao usuário. Para que o usuário se torne o centro do trabalho farmacêutico, será necessário operar uma transformação em nosso pensamento, em nossas práticas e preocupações.¹⁴⁸

Contudo, neste novo contexto de prática profissional, na qual a preocupação com o bem-estar do paciente passa a ser a viga mestra das ações, o/a farmacêutico/a assume papel fundamental somando seus esforços aos dos outros profissionais de saúde e aos da comunidade para a promoção da saúde.¹⁴⁹

O farmacêutico no serviço público pode representar o elo com todos os profissionais envolvidos no processo de saúde e doença. As questões culturais da população e dos profissionais de saúde ligam o papel do farmacêutico diretamente às questões de acesso e consumo de medicamentos.¹⁵⁰

Para o desenvolvimento desta nova prática de atendimento no âmbito do SUS, o profissional enfrenta fatores dificultadores, existem problemas relacionados à dificuldade de acesso ao medicamento, volume insuficiente de financiamento, ineficiência no sistema de aquisição, na gestão de estoque e na logística de distribuição de medicamentos. Além da prescrição irracional e a carência de ferramentas e mecanismos informatizados de controle de prescrição e uso dos medicamentos.¹⁵¹ O sucesso do trabalho realizado pelo farmacêutico necessita que toda a equipe multiprofissional trabalhe em conjunto, e em busca do mesmo objetivo, melhorar qualidade de vida do paciente.

A prática farmacêutica voltada ao paciente, em muitos países, tem mostrado resultados positivos no aumento da qualidade de assistência em saúde.¹⁵² O acesso ao medicamento gratuito não é suficiente para solucionar o problema, diante pacientes que não sabem como usar, que não compreendem a necessidade do uso e não aderem ao tratamento ou até mesmo em casos de medicamentos prescritos de forma inadequada, dose errada, por um período de tempo indevido, dentre outras possibilidades.

¹⁴⁸ BRASIL, 2014, p. 88.

¹⁴⁹ VIEIRA, 2007, p. 216.

¹⁵⁰ BOVO, Fernanda; WISNIEWSKI, Patricia; MORSKEI, Maria Luiza Martins. Atenção Farmacêutica: papel do farmacêutico na promoção da saúde. *Biosaúde*, Londrina, v. 11, n. 1, p. 43-56, jan./jun. 2009. p. 50.

¹⁵¹ DE SOUZA NEVES, Danielly Barreto; PINA, Joelma. Assistência Farmacêutica no SUS: os desafios do profissional farmacêutico. *Saúde e Ciência em Ação - Revista Acadêmica do Instituto de Ciências da Saúde*. v. 1, n. 01, p. 83-104, jul-dez. 2015. p. 84.

¹⁵² BOVO; WISNIEWSKI; MORSKEI, 2009, p. 48.

Reconhecer que o modelo de atendimento com foco no medicamento não atendeu às necessidades do usuário, talvez, tenha sido o ponto de partida de outros processos que poderão tomar forma em relação à prática farmacêutica na rede básica de saúde.¹⁵³

Devido a isso, a profissão farmacêutica tem passado por transformações profissionais, centrando sua formação acadêmica no cuidado aos pacientes, através da implantação do currículo generalista, que permitirá ao/à farmacêutico/a integrar-se profissionalmente ao sistema de saúde, assumindo um papel importante na informação sobre a utilização correta dos medicamentos e desenvolvimento pleno da assistência farmacêutica.

Segundo a OMS, a forma mais efetiva de prevenir o uso incorreto de medicamentos na atenção primária em países em desenvolvimento é a combinação de educação e supervisão dos profissionais de saúde.¹⁵⁴ Para tanto recomenda-se que todos os profissionais da área farmacêutica adotem em sua prática profissional a Atenção Farmacêutica.¹⁵⁵

O uso racional de medicamentos significa uso correto e adequado. Para ter um uso racional, o paciente deve receber a medicação adequada e a dose adequada por um período de tempo suficiente, ao menor custo para si e para a comunidade.¹⁵⁶

Além da falta de preparo dos profissionais, inúmeros outros obstáculos erguem-se frente aos profissionais que objetivam a implantação da Atenção Farmacêutica, tais como, tarefas administrativas inerentes ao funcionamento do estabelecimento farmacêutico, que muitas vezes não são possíveis de serem realizadas pelos demais profissionais que compõem a equipe. Sendo assim, é importante destacar que, ainda que sejam imprescindíveis as atividades técnico/administrativas, o principal papel do profissional farmacêutico nos serviços de saúde é o atendimento clínico ao paciente. Por este motivo a pesquisa volta sua abordagem sobre a prática da Atenção Farmacêutica e a aceitação dos pacientes nos serviços públicos de saúde a fim de compreender de que maneira a sua realização torna-se possível.

No segmento da pesquisa o texto apresentará a atenção farmacêutica e a aceitação do tratamento de saúde pelos pacientes do SUS, visto que no terceiro capítulo serão analisadas as respostas de profissionais farmacêuticos que estiveram ou estão vinculados ao sistema público.

¹⁵³ ARAÚJO, 2006, p. 143.

¹⁵⁴ ARAÚJO, 2006, p. 139.

¹⁵⁵ ANGONESI, 2010, p. 3609.

¹⁵⁶ WORLD HEALTH ORGANIZATION. Managing drug supply. *Essential Drugs Monitor*, n. 25/26, p. 1-36, 1998. Disponível em: <<http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/whozip10e/whozip10e.pdf>>. Acesso em: 5 abr. 2018. p. 1.

2.3 A atenção farmacêutica e a aceitação ou *não* aceitação do tratamento de saúde dos pacientes do SUS em diálogo com sua religiosidade/espiritualidade/fé

A atuação profissional do farmacêutico dentro dos serviços públicos de saúde assumiu, diante das necessidades dos pacientes, um caráter mais clínico e humanístico, sem abrir mão totalmente do aspecto de atendimento técnico. A partir de um encontro entre a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), da OMS e do MS, surgiu a ideia de Atenção Farmacêutica, como um modelo de prática farmacêutica que pressupõe valores éticos, comportamentos, habilidades, compromissos e corresponsabilidades na prevenção de doenças, promoção e recuperação da saúde, de forma integrada com a equipe de saúde.¹⁵⁷ Portanto, a atenção farmacêutica é a interação direta do farmacêutico com o usuário, visando uma farmacoterapia racional e a obtenção de resultados mensuráveis, para a melhoria da qualidade de vida do usuário.¹⁵⁸ É na prática da atenção farmacêutica que o profissional tem a possibilidade de conhecer o histórico de uso de medicamentos de pacientes e traçar novas propostas de uso que beneficiem ainda mais na resolução do problema de saúde.

A Atenção Farmacêutica (AF) é a provisão responsável da farmacoterapia com o objetivo de alcançar resultados definidos que melhorem a qualidade de vida, podendo reduzir os problemas preveníveis relacionados à farmacoterapia, sendo muito importante como agente de promoção para o uso racional dos medicamentos.¹⁵⁹

A utilização de medicamentos é um processo muito complexo com interferência de múltiplos determinantes e envolve diferentes fatores. Para que a utilização de medicamentos ocorra de modo adequado pode-se perceber a interferência de fatores de natureza cultural, social, econômica e política em uma população que busca por melhor qualidade de vida.¹⁶⁰

A atenção farmacêutica encontrou resistência entre os próprios profissionais e, sobretudo entre pacientes que não compreendem o real sentido da expressão utilizada para descrever este auxílio profissional. Ainda nos dias atuais vários são os conceitos utilizados para descrever a atenção farmacêutica, sendo o mais aceito e citado por pesquisadores, o conceito elaborado pelos autores Hepler e Strand, no qual a Atenção Farmacêutica é

¹⁵⁷ PEREIRA, 2008, p. 602.

¹⁵⁸ CONSENSO BRASILEIRO DE ATENÇÃO FARMACÊUTICA - PROPOSTA. *Atenção Farmacêutica no Brasil: "Trilhando Caminhos"*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde & Ciência em ação. 2002. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/PropostaConsensoAtenfar.pdf>>. Acesso em: 15 fev. 2018. p. 17.

¹⁵⁹ COSENDEY, 2000, p. 184.

¹⁶⁰ MARQUES, Luciene Alves Moreira; VALE, Flávia Vanessa Vieira Ribeiro do; NOGUEIRA, Valéria Aparecida dos Santos. Atenção farmacêutica e práticas integrativas e complementares no SUS: conhecimento e aceitação por parte da população sãojoanense. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 663-674, 2011. p. 664.

apresentada como “[...] a parte da prática farmacêutica que permite a interação do farmacêutico com o paciente, objetivando o atendimento das suas necessidades relacionadas aos medicamentos”¹⁶¹.

Apresenta-se de forma divergente o fato de o profissional farmacêutico visar o tratamento farmacológico através de uso racional de medicamentos. Contudo, esta prática profissional pretende minimizar os possíveis danos que podem ser desencadeados pelo uso do fármaco. Todo medicamento é capaz de desencadear uma resposta, isto é, uma reação no organismo. Algumas reações podem ser indesejáveis, estimulando o surgimento de sintomas e situações prejudiciais. “A Atenção Farmacêutica, entendida como um modelo de prática profissional possui por finalidade aumentar a efetividade do tratamento farmacológico, concomitante à detecção de Problemas Relacionados a Medicamentos (PRM)”¹⁶².

Os principais resultados buscados no desenvolvimento da prática da Atenção Farmacêutica são a cura de doenças; a detenção ou a diminuição do progresso da doença; a eliminação ou a redução dos sintomas; e a prevenção de uma doença ou de uma sintomatologia. Para o alcance destes resultados é necessário que se siga um modelo com passos a ser executados durante a atenção farmacêutica. Primeiramente é necessário identificar os reais PRM. A partir daí busca-se uma maneira de resolvê-los e finalmente, depois de resolvidos os problemas, deve-se buscar uma prevenção efetiva para que outros problemas relacionados com a terapia medicamentosa não venham surgir.¹⁶³

É neste sentido que a Atenção Farmacêutica apresenta-se para a orientação e educação em saúde. O acompanhamento realizado pelo profissional da área farmacêutica com foco no paciente, busca a redução da morbimortalidade relacionado ao uso do medicamento.¹⁶⁴

Portanto, a Atenção Farmacêutica se baseia numa relação de compromisso entre o paciente e o profissional farmacêutico, onde existe a sustentabilidade da relação terapêutica com a identificação das funções comuns e as responsabilidades de cada parte para uma participação ativa no processo.¹⁶⁵ “O medicamento se torna um insumo estratégico e o paciente é visto como foco principal nesta cadeia e o farmacêutico ganha poder de atuação nas ações de atenção primária em saúde”¹⁶⁶.

¹⁶¹ HEPLER, Charles D.; STRAND, Linda M. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. *Am J hosp pharm*, v. 47, n. 3, p. 533-543, 1990. p. 534.

¹⁶² OLIVEIRA, Andrezza Beatriz *et al.* Obstáculos da atenção farmacêutica no Brasil. *Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas*, São Paulo, v. 41, n. 4, p. 409-413, dez. 2005. p. 409.

¹⁶³ PEREIRA, 2008, p. 602.

¹⁶⁴ VIEIRA, 2007, p. 216.

¹⁶⁵ MARIN *et al*, 2003, p. 124.

¹⁶⁶ PEREIRA, 2008, p. 602.

Na realização da Atenção farmacêutica o profissional segue procedimentos padrões e modelos específicos de atendimento. O método mais utilizado por pesquisadores e farmacêuticos em todo o mundo é o modelo espanhol, denominado Método Dáder.¹⁶⁷ Durante a entrevista, o farmacêutico deve anotar as informações relevantes de modo a construir o histórico do paciente no prontuário. De posse de todas as informações necessárias sobre o paciente, o farmacêutico deve aplicar um raciocínio clínico sistemático a fim de avaliar e identificar todos os problemas relacionados à farmacoterapia do paciente.¹⁶⁸

De acordo com o Consenso de Granada “[...] um PRM é todo problema de saúde que acomete um paciente e que está relacionado com o uso de medicamentos”¹⁶⁹. Definidas, portanto, as situações em que os PRM foram classificados, estabeleceram-se as seguintes situações, conforme a tabela abaixo.

Tabela 1: Classificação de problemas relacionados com medicamento segundo o Consenso de Granada - 1999¹⁷⁰

NECESSIDADE
PRM 1: O paciente apresenta um problema de saúde por não utilizar a farmacoterapia que necessita.
PRM 2: O paciente apresenta um problema de saúde por utilizar um medicamento que não necessita.
EFETIVIDADE
PRM 3: O paciente apresenta um problema de saúde por uma inefetividade não quantitativa da farmacoterapia.
PRM 4: O paciente apresenta um problema de saúde por uma inefetividade quantitativa da farmacoterapia.
SEGURANÇA
PRM 5: O paciente apresenta um problema de saúde por uma insegurança não quantitativa de um medicamento.
PRM 6: O paciente apresenta um problema de saúde por uma insegurança não quantitativa de um medicamento.

Mediante o estabelecimento do padrão dos possíveis PRM o profissional buscará identificar a particularidade de cada tratamento, podendo existir problemas desencadeados pelo uso ou desuso, ou por problemas de efetividade e segurança, como mostra a tabela acima.

¹⁶⁷ PEREIRA, 2008, p. 603.

¹⁶⁸ CORRER, Cassiano J., OTUKI, Michel F. *Método clínico de atenção farmacêutica*. Disponível em: <<http://www.saude.sp.gov.br/resources/ipgg/assistencia-farmaceutica/otuki-metodoclinicoparaatencaofarmaceutica.pdf>>. Acesso em: 15 mai. 2018. p. 5.

¹⁶⁹ SANTOS, H. *et al.* Segundo consenso de Granada sobre problemas relacionados com medicamentos. *Acta Médica Portuguesa*, v. 17, p. 59-66, 2004. p. 65.

¹⁷⁰ SANTOS, H. *et al.*, 2004, p. 65.

No Brasil, o uso incorreto de medicamentos deve-se a alguns fatores como: uso indiscriminado de medicamentos, polifarmácia, prescrição não orientada por diretrizes, dentre outros, acarretando pontos desfavoráveis, sendo que o uso abusivo, insuficiente ou inadequado de medicamentos é responsável por lesar a população e desperdiçar os recursos públicos.¹⁷¹

Dentre os PRMs citados, para este estudo, interessam especificamente o PRM 1 (paciente apresenta um problema de saúde por não utilizar a farmacoterapia que necessita), relacionado à necessidade do paciente. Estão diretamente ligados aos pacientes portadores das doenças crônicas HA e DM, visto que existe a possibilidade de desenvolverem novos problemas de saúde por não utilizarem corretamente a farmacoterapia indicada para o controle da doença.

Nos países em desenvolvimento, como o Brasil, busca-se uma Assistência Farmacêutica de qualidade, garantindo principalmente acesso da população aos medicamentos da atenção primária, pois com o fortalecimento da Assistência Farmacêutica será possível aprofundar as discussões para a implantação e implementação de uma Atenção Farmacêutica sólida no país.¹⁷²

“De uma forma geral, as intervenções realizadas por farmacêuticos mostram resultados positivos, ao reduzir custos, melhorar as prescrições, promover maior adesão do paciente ao tratamento e controlar a possibilidade de reações adversas”.¹⁷³ O tratamento farmacológico se apresenta como uma das principais estratégias no controle individual de DCNT, sendo utilizado em 87% dos adultos e idosos.¹⁷⁴

De maneira geral, a assistência farmacêutica no Brasil é uma área ainda incipiente. Falta um modelo que norteie a sua prática. Este modelo deve ser construído de forma sistêmica e suas tecnologias devem ser adequadas a atender às necessidades do sistema e dos pacientes.¹⁷⁵

A garantia de acesso ao medicamento e o acompanhamento profissional na orientação do uso adequado podem contribuir para a continuidade do tratamento,

¹⁷¹ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. *Uso racional de medicamentos: temas selecionados*. Brasília, 2012. p. 156. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/uso_racional_medicamentos_temas_selecionados.pdf>. Acesso em: maio 2018.

¹⁷² PEREIRA, 2008, p. 605.

¹⁷³ OENNING, Diony; OLIVEIRA, Bruna Volpato de; BLATT, Carine Raquel. Conhecimento dos pacientes sobre os medicamentos prescritos após consulta médica e dispensação. *Ciências e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 7, p. 3277-3283, jul. 2011. p. 3281.

¹⁷⁴ PANIZ, Vera Maria Vieira *et al.* Acesso a medicamentos para tratamento de condições agudas prescritos a adultos nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 32, n. 4, p. 1-13, 2016. p. 2.

¹⁷⁵ ARAUJO, 2006, p. 145.

minimizando os casos de abandono por falta de informação ou por outros fatores. É neste momento, onde o contato mais próximo e possível do profissional farmacêutico deve ocorrer, pois os pacientes com HA e DM, mesmo quando orientados sobre a medicação e a importância do seu uso, muitas vezes negam-se a aceitar a doença e/ou tratamento apegando-se a outros fatores que os confortem como suas crenças religiosas. As crenças e emoções dos pacientes influenciam em sua motivação na busca e cumprimento do tratamento.¹⁷⁶

Nas diversas situações clínicas dos pacientes, são evidentes os impactos negativos em relação a não adesão ao tratamento farmacológico, seja em relação aos que fazem uso de fármacos com frequência e/ou em grandes quantidades.¹⁷⁷ Como consequência, a não adesão ao tratamento farmacológico irá desencadear a incapacidade de realizar o controle efetivo das doenças.¹⁷⁸

No atendimento ao paciente com negação da doença e/ou tratamento farmacológico, o profissional encontra barreiras na execução do seu trabalho, ainda que o paciente procure e aceite levar mensalmente o medicamento. Em todo o caso, se não fizer o uso correto, todo o processo de atenção à saúde deste paciente ficará comprometido.

O farmacêutico não deve utilizar seus conhecimentos somente para dispensação de medicamentos, mas, sobretudo na busca da melhora da qualidade de vida do paciente através de acompanhamento e análise dos resultados ocasionados pelo uso de medicamentos, sejam eles os efeitos desejados ou adversos. Será no acompanhamento ao tratamento do paciente que o profissional farmacêutico conseguirá perceber a assiduidade do paciente na retirada dos medicamentos, e o controle ou não controle dos sintomas por falta de uso correto e ou uso incorreto da medicação.

A relação construída entre profissional e paciente torna-se mais concreta, reforçada por entendimentos comuns, o que facilita o diálogo e a compreensão do paciente em relação ao seu problema de saúde, o que é extremamente importante para a cura. Quando o paciente acredita no profissional de saúde, e no tratamento proposto, o resultado é mais eficaz.¹⁷⁹ Este fato pode ser comprovado no uso de placebos em pacientes, onde a resposta ao placebo é baseada na crença do paciente em relação ao tratamento.¹⁸⁰

¹⁷⁶ KOENIG, , 2005, p. 15.

¹⁷⁷ ACURCIO, Francisco de Assis, et. al. Complexidade do regime terapêutico prescrito para idosos. *Revista Associação Médica Brasileira*. São Paulo, v. 55, n. 4, p. 468-474, 2009. p. 469.

¹⁷⁸ GREZZANA, Guilherme Brasil; STEIN, Airton Tetelbon; PELLANDA, Lúcia Campos. Adesão ao tratamento e controle da pressão arterial por meio da monitoração ambulatorial de 24 horas. *Arquivo Brasileiro de Cardiologia*, v. 100, n. 4, p. 355-361, 2013. p. 356.

¹⁷⁹ KOENIG, 2005, p. 29.

¹⁸⁰ KOENIG, 2005, p. 29.

Portanto, a atenção farmacêutica será possível e eficiente, mediante a aceitação ou não aceitação do paciente em relação ao tratamento. Neste capítulo a pesquisadora buscou colocar em diálogo o processo da não aceitação do tratamento em a religiosidade/espiritualidade/fé destes pacientes, em virtude de que os pacientes “[...] podem algumas vezes usar as crenças religiosas para justificar ações que as doutrinas religiosas nunca pretenderam justificar [...]”¹⁸¹. São argumentos defensivos justificados pela religiosidade/espiritualidade/fé dos pacientes que de fato acreditam em sua experiência religiosa acima do tratamento medicamentoso.

Na recusa ao tratamento, e mediante a identificação do PRM, o profissional da área farmacêutica deve elaborar um plano de intervenção a fim de solucionar o problema já estabelecido, revertendo o quadro inicial de recusa. Para lidar com quadros de pacientes onde as crenças religiosas entram em conflito com o tratamento, é necessário olhar pelo ponto de vista do paciente a fim de compreender a lógica de sua decisão. “Há sempre uma clara razão na mente do paciente quando a saúde ou a vida esteja em risco”¹⁸².

É neste momento, em que a pesquisadora diante de sua prática laboral, encontra as questões que pretende discutir no capítulo 3 desta pesquisa, relacionadas às dificuldades que o profissional da área farmacêutica enfrenta diante do paciente portador de doenças crônicas com negação ao tratamento por motivos de religiosidade/espiritualidade/fé.

A religião pode fazer com que as pessoas julguem ou levem outras a alienação e até mesmo a exclusão daqueles que não seguem as regras. A religião pode tornar-se tão rígida e inflexível que acaba sendo excessivamente restritiva e limitadora. A religião pode encorajar pensamentos mágicos já que as pessoas rezam esperando uma cura como se Deus fosse um gênio gigante prestes a atender todos os desejos humanos. [...] Estes usos da religião são comuns no tratamento de saúde, causando estresse e tendo um potencial impacto negativo na doença e na sua resposta ao tratamento.¹⁸³

Apesar dos poucos estudos que tratam a relação negativa da religiosidade e saúde, é possível notar na prática profissional diária, que a religiosidade do paciente, pode sim apresentar-se como empecilho.

Koenig relata que o relatório *Asser and Swan* sobre um estudo publicado na revista *Pediatrics* apresentou dados sobre crianças que morreram entre 1975 e 1995 por proibição dos pais em relação aos tratamentos médicos com base em fundamentos religiosos. Os próprios autores admitem que é quase impossível determinar qual a frequência que a recusa do

¹⁸¹ KOENIG, 2005, p. 49.

¹⁸² KOENIG, 2005, p. 48.

¹⁸³ KOENIG, 2005, p. 46.

tratamento com base em fundamentos religiosos ocorre que “[...] já que o número de crianças estudadas não está disponível e que os casos foram coletados de maneira não-rigorosa”¹⁸⁴.

Frente a problemas de aceitação por parte de profissionais¹⁸⁵ e pacientes, e ainda da dificuldade logística e tecnológica¹⁸⁶, e ainda situações como questões espirituais¹⁸⁷ para as quais os profissionais farmacêuticos não sabem qual a forma adequada de lidar, a atenção farmacêutica é realizada de forma individual e considerando o empenho do profissional envolvido no processo de atenção básica o que compromete a sua eficácia.

No capítulo três, serão descritos e discutidos os desafios que o profissional da área farmacêutica enfrenta frente a não adesão dos pacientes portadores das doenças crônicas, DM e HA, principalmente por motivos vinculados à religiosidade/espiritualidade/fé. Os participantes da pesquisa responderam um questionário *on-line* semiestruturado, com experiência de atuação nos serviços públicos de saúde da cidade de Caratinga, MG, e se dispuseram a participar da pesquisa, na expectativa de identificar, a partir da ótica destes profissionais, e mapear a não adesão por motivos religiosos, para traçar caminhos para melhor auxiliar estes pacientes no controle da doença.

¹⁸⁴ KOENIG, 2005, p. 47.

¹⁸⁵ ANGONESI, 2010, p. 3604.

¹⁸⁶ DE SOUZA NEVEZ; PINA, 2015, p. 84.

¹⁸⁷ KOENIG, 2005, p. 46.

3 DESAFIOS DO PROFISSIONAL FARMACÊUTICO FACE À NÃO ADESÃO AO TRATAMENTO FARMACOLÓGICO PELO PACIENTE HIPERTENSO E DIABÉTICO POR MOTIVOS DE RELIGIOSIDADE/ESPIRITUALIDADE/FÉ

Neste terceiro capítulo serão discutidos os desafios que o/a profissional da área farmacêutica enfrenta frente a não adesão dos pacientes portadores das doenças crônicas, DM e HA, por motivos vinculados à religiosidade/espiritualidade/fé, e o preparo destes profissionais para lidar com a situação.

Para chegar aos resultados que aqui serão apresentados e discutidos, a pesquisa contou com embasamento teórico acerca do assunto e foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa com seres Humanos (CEP), via Plataforma Brasil, recebendo aprovação mediante Parecer Consubstanciado de número 2.684.019.¹⁸⁸

A pesquisa foi realizada através de um questionário semiestruturado *on-line*, elaborado pelos autores, utilizando a plataforma *Google Forms*. Foi enviado um *link*¹⁸⁹, através do aplicativo *WhatsApp*, para 35 (trinta e cinco) profissionais da área farmacêutica da cidade de Caratinga, Minas Gerais, contendo questionamentos acerca da experiência deles na atuação no SUS. Destes, 24 (vinte e quatro) participantes responderam ao questionário, o que corresponde a 68,57% dos respondentes.¹⁹⁰

Os resultados das questões fechadas serão apresentados de forma quantitativa, e representadas graficamente. No que diz respeito à questão aberta, haverá transcrição dos relatos quando estes forem pertinentes à discussão.

Para a manutenção do sigilo dos participantes, os mesmos serão identificados através da utilização de pseudônimos, utilizando nomes de fármacos, considerando o contexto da pesquisa e da pesquisadora, que é profissional da área farmacêutica.

A aceitação ou não aceitação do tratamento por parte dos pacientes portadores das doenças crônicas DM e HA, será analisada e narrada pela ótica dos profissionais da área farmacêutica com experiência de atuação nos serviços públicos de saúde, tendo como ponto central da observação a interferência espiritual, religiosa desses pacientes na aceitação e realização do tratamento medicamentoso.

¹⁸⁸ ANEXO A. Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa. p. 79.

¹⁸⁹ APÊNDICE A. p. 76. Questionário online semiestruturado. Link enviado aos profissionais contendo o questionário. <https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSewgLgTGet8chwstOcgDhNaDak_Y_U99wRIs-NtLZmXuu9HQ/viewform?usp=sf_link>.

¹⁹⁰ APÊNDICE A. Para conferir as perguntas do questionário online semiestruturado. p. 76.

3.1 Perfil do profissional farmacêutico atuante no SUS e sua percepção quanto à recusa dos pacientes ao tratamento medicamentoso

Em relação aos profissionais participantes foram levantados dados como o tempo de formação acadêmica; atuação nos serviços públicos de saúde; se já se depararam com pacientes portadores de DM e HA com recusa ao tratamento medicamentoso por motivos de religiosidade/espiritualidade/fé; se eles conseguiram identificar os grupos religiosos que esses pacientes pertencem.

Outro aspecto importante aqui levantado diz respeito ao fato de se estes profissionais se sentem preparados ou não para argumentar com o paciente em relação às questões de religião/espiritualidade/fé do mesmo dentro do contexto saúde, quando estas questões são apresentadas como sendo fator motivador da não adesão ao tratamento medicamentoso.

Em relação aos anos de profissão houve variação de 1 (um) até 32 (trinta e dois) anos, com prevalência de profissionais em torno de 9 (nove) anos de atuação, onde 54,2% está atuando nos serviços públicos de saúde, como pode ser observado na tabela abaixo.¹⁹¹

Tabela 2: Perfil do profissional farmacêutico participante da pesquisa

	Anos de profissão	Atuante no SUS	Paciente com não adesão ao tratamento	Por Motivos : religiosidade / espiritualidade / fé	Grupo Religioso ao qual pertenciam	Se sente preparado para argumentar sobre religiosidade/espiritualidade/fé?	Recebeu orientação sobre como abordar o assunto na sua formação?	Durante orientação ao paciente conseguiu convencê-lo?
Paracetamol	8	Não	Sim	Sim	Não lembro	Não	Não lembra	Parcialmente
Metformina	7	Não	Sim	Sim	Evangélicos	Não	Não	Não
Propranolol	9	Não	Sim	Não lembro	Não	Parcialmente	Não	Nunca vivenciei
Sinvastatina	1	Não	Não	Não	Não lembro	Sim	Sim	Nunca vivenciei
Hidroclorotiazida	2	Sim	Não	Não	Outros	Sim	Não lembra	Nunca vivenciei
Dipirona	1	Sim	Não	Não	Não	Sim	Não	Nunca vivenciei
Losartana	8	Sim	Sim	Sim	Católicos	Parcialmente	Não	Nunca vivenciei
AAS	9	Sim	Sim	Não	Católicos	Sim	Não	Sim
Amitriptilina	9	Sim	Sim	Não	Católicos	Sim	Não	Sim
Domperidona	7	Não	Sim	Sim	Católicos	Sim	Não	Parcialmente
Insulina	12	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	Tenho dúvidas

¹⁹¹ Dados obtidos através da análise do questionário *online* semiestruturado.

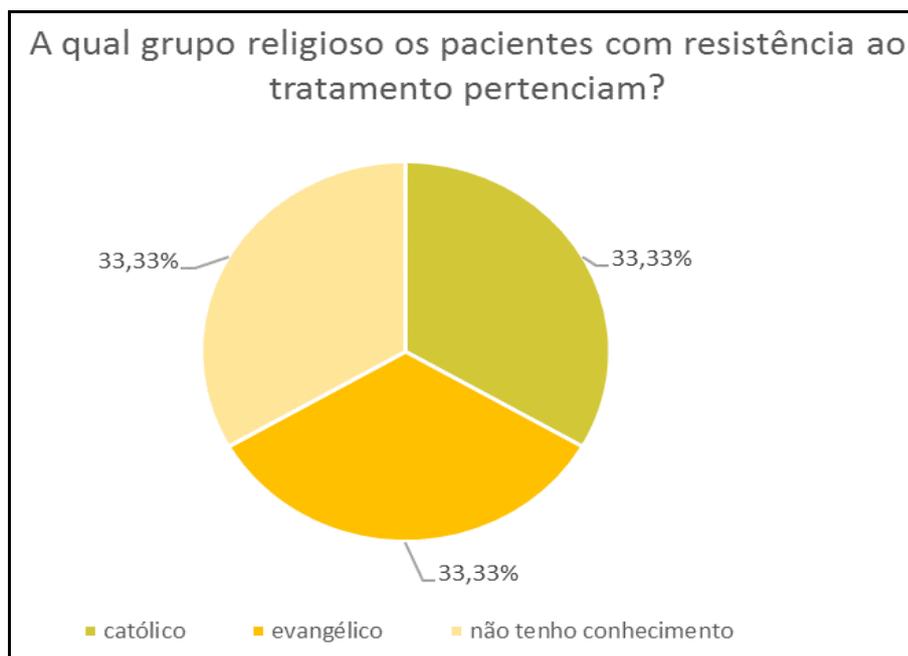
Captopril	6	Sim	Não	Não	Não	Sim	Não Lembra	Nunca vivenciei
Anlodipino	10	Sim	Sim	Não	Não	Parcialmente	Não	Nunca vivenciei
Omeprazol	15	Sim	Sim	Sim	Católicos	Parcialmente	Sim	Parcialmente
Clonazepam	15	Sim	Sim	Sim	Evangélicos	Sim	Não	Parcialmente
Ritalina	9	Sim	Sim	Sim	Evangélicos	Sim	Não	Tenho dúvidas
Sibutramina	10	Não	Sim	Sim	Não	Parcialmente	Não	Parcialmente
Simeticona	5	Não	Não	Não	Católico	Sim	Não lembra	Nunca vivenciei
Atenolol	6	Não	Não	Sim	Outros	Sim	Sim	Parcialmente
Amoxicilina	5	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Não	Tenho dúvidas
Nimesulida	7	Sim	Sim	Sim	Evangélicos	Parcialmente	Não lembra	Não
Pantoprazol	20	Não	Não	Não	Outros	Sim	Não	Nunca vivenciei
Fluconazol	32	Não	Sim	Sim	Católicos	Sim	Não	Tenho dúvidas
Azitromicina	9	Não	Não	Não	Não	Parcialmente	Não	Nunca vivenciei

Do total dos participantes, 66,6% (16 profissionais) afirmou já ter se deparado com a recusa ao tratamento medicamentoso. Destes 75% (12 profissionais) afirmou que dentre os motivos da não adesão está a religiosidade/espiritualidade/fé do paciente. Este alto índice seria suficiente para confirmar a hipótese levantada pela pesquisadora sobre a influência negativa das concepções religiosas e ou espirituais/fé dos pacientes atendidos no SUS, dificultando a realização adequada do tratamento medicamentoso.

Diante da constatação da resistência religiosa/espiritual dos pacientes ao tratamento medicamentoso, questionou-se aos participantes se eles conseguiam identificar os grupos religiosos desses pacientes. Demais estudos demonstram em relação à população brasileira, que cerca de 89% concorda que a religião é importante, apenas 6,72% afirma não possuir religião e 50% dos brasileiros já se utilizaram de algum tipo de serviço religioso.¹⁹²

Os resultados obtidos através dos questionários aplicados indicam que 33,33% (4 profissionais) não tinha conhecimento sobre quais grupos religiosos os pacientes pertenciam; 33,33% (4 profissionais) identificou seus pacientes como sendo evangélicos; 33,33% (4 participantes) afirmou que os pacientes resistentes eram católicos.

¹⁹² MELLO, Márcio Luiz; OLIVEIRA, Simone Santos. Saúde, religião e cultura: um diálogo a partir das práticas afro-brasileiras. *Saúde e Sociedade*, v. 22, p. 1024-1035, 2013. p. 1028.

Gráfico 1 - Dados obtidos a partir do questionário semiestruturado¹⁹³

Ainda que não tenha havido diferença significativa para o estudo em relação aos grupos religiosos que os pacientes pertenciam, foi possível identificar a prevalência de religiões cristãs; é possível perceber também nas entrelinhas dos relatos dos profissionais, em relação às argumentações dos pacientes, a presença marcante de algumas expressões e simbologias de determinados grupos religiosos, como justificativa para a sua resistência e não aceitação à doença e tratamento.

Metformina, 7 anos de atuação profissional, não está atuando nos serviços públicos de saúde, contudo relata experiências anteriores: “Paciente veio devolver a medicação, pois não precisava mais usar o medicamento afirmando que ‘reprendia a doença’, ofereci informações técnicas e científicas e o mesmo que argumentou ‘se seu Deus não é capaz de curar o meu Deus é, e me curou’”¹⁹⁴.

Alguns grupos religiosos apresentam como característica, a crença de que a doença é desencadeada por forças malignas que tomam posse do corpo, e que precisam ser “expulsas”, a cura representa a libertação deste mal, onde livre da doença, entra para o mundo de fiéis.¹⁹⁵

Outro relato capaz de explicitar expressões marcantes de grupos religiosos específicos é o do participante Nimesulida, que possui 7 anos de atuação profissional e está

¹⁹³ APÊNDICE A. *Questionário semiestruturado elaborado pela autora*. p. 76.

¹⁹⁴ ANEXO C. *Questionário aplicado pela pesquisadora em julho 2018*. Relato do Participante Metformina.

¹⁹⁵ RABELO, Miriam Cristina. Religião e cura: algumas reflexões sobre a experiência religiosa das classes populares urbanas. *Cad. Saúde Pública*. v. 9, n. 3, p. 316-325, 1993. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v9n3/19.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2018. p. 319.

atuando nos serviços públicos, onde afirma: “Tentei orientar o paciente, que não aceitou dizendo que participou de um culto de cura e que foi liberto da doença, e que ele crê na cura”¹⁹⁶

Em estudos realizados em bairros populares de Salvador, Rabelo relata a pluralidade de cultos religiosos que oferecem serviços de cura, destaca ainda a importância de se compreender os motivos da utilização de “tais serviços” na vivência da experiência da aflição.¹⁹⁷ A compreensão da motivação na busca pode contribuir para a escolha de abordagem mais apropriada para cada paciente em questão.

Houve também, dentre os profissionais participantes, uma parcela que afirmou não ter se deparado ainda com pacientes portadores das doenças DM e HA com recusa ao tratamento medicamentoso totalizando 33,33%, o que representa 8 profissionais. Como no caso dos participantes Anlodipino: “Não vivenciei nenhuma situação”¹⁹⁸ e do participante Hidroclorotiazida: “Não tive esta experiência”¹⁹⁹.

Vale ressaltar que mesmo com a afirmativa de não ter vivenciado a recusa, quando questionados sobre qual grupo religioso seus pacientes pertenciam, alguns participantes responderam à pergunta, e identificaram os pacientes como sendo católicos (12,5%) e outros grupos religiosos (25%), o que evidencia que a religiosidade/espiritualidade/fé dos pacientes são apresentadas para os profissionais farmacêuticos durante o acompanhamento farmacoterapêutico, ainda que essa informação não seja solicitada pelo profissional, já que os mesmos entendem que a informação não faz parte do contexto de sua atuação.

Outra característica marcante em relação ao grupo de profissionais que afirmam não terem vivenciado a recusa dos pacientes por motivos religiosos é que possuem menos tempo de atuação profissional, variando de 1 a 6 anos, o pouco tempo de atuação nos serviços públicos pode ter se apresentado como impedimento para um atendimento mais efetivo ao paciente onde o profissional pudesse identificar a não adesão e suas possíveis causas.

Fato é que “no Brasil, a maioria das pessoas acredita na ação do sagrado na prevenção e na cura de enfermidades”²⁰⁰. Sendo os problemas de saúde um dos principais motivos que levam as pessoas a buscar ajuda religiosa em nosso país.²⁰¹

¹⁹⁶ ANEXO C. *Questionário aplicado pela pesquisadora em julho 2018*. Relato do Participante Nimesulida.

¹⁹⁷ RABELO, 1993, p. 316.

¹⁹⁸ ANEXO C. *Questionário aplicado pela pesquisadora em julho 2018*. Relato do Participante Anlodipino.

¹⁹⁹ ANEXO C. *Questionário aplicado pela pesquisadora em julho 2018*. Relato do Participante Hidroclorotiazida.

²⁰⁰ MELLO, 2013, p. 1028.

²⁰¹ MELLO, 2013, p. 1028.

Tal situação leva a pesquisadora a concluir, de forma bastante significativa, que há uma íntima relação entre o tratamento da doença e a religiosidade/espiritualidade/fé, e na necessidade que o paciente apresenta, frente à doença, de expor suas concepções e crenças. Ainda que o profissional tenha afirmado que a religiosidade do paciente não se colocou como fator interferente à ‘adesão ao tratamento, o mesmo tinha conhecimento sobre o grupo religioso ao qual paciente estava relacionado.

A influência das crenças portanto, não deve ser subestimada, seja ela uma crença religiosa, ou crença no profissional, crença no tratamento ou alguma outra forte convicção, pois elas influenciam diretamente a motivação e a emoção dos pacientes.²⁰²

É nítida a identificação da presença da religiosidade/espiritualidade/fé dos pacientes na relação com os serviços de saúde, tornando-se incompreensível a não abordagem da temática por parte do profissional de saúde.

3.2 As dificuldades do profissional farmacêutico diante do paciente religioso resistente

Quando crenças religiosas conflitam com o tratamento é necessário ao profissional observar pelo ponto de vista do paciente a fim de compreender a lógica de sua decisão.²⁰³ Essa discussão pretende compreender os pacientes e perceber o preparo do/a profissional para lidar com a relação religião/espiritualidade/fé e saúde.

Estudos apontam como uma dificuldade do profissional farmacêutico no atendimento ao paciente, o olhar tecnicista e científico de sua formação, a sua inserção no mercado atuando em ambientes de aspecto comercial, com desenvolvimento de atividades não específicas da profissão distanciou o farmacêutico da assistência à saúde junto à população, ocasionando uma dificuldade do mesmo em reconhecer-se como profissional de saúde e ou/clínico.²⁰⁴

É possível perceber nos relatos dos profissionais participantes desta pesquisa a sensação de dificuldade no cumprimento do seu trabalho diante dos pacientes caracterizados como religiosos: “É difícil, porque o paciente não acredita na medicina, nos medicamentos,

²⁰² KOENIG, 2005, p. 27.

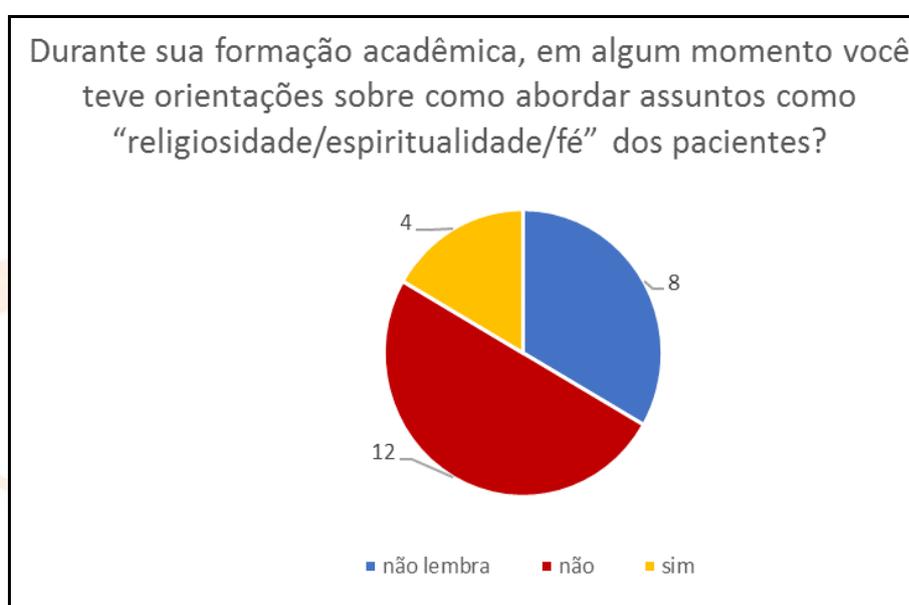
²⁰³ KOENIG, 2005, p. 48.

²⁰⁴ SANTOS, R. I. *Concepções de assistência farmacêutica no contexto histórico brasileiro*. Florianópolis, SC, 2011. 172 f. Tese (Doutorado) - Programa de Pós-Graduação em Farmácia, Universidade Federal de Santa Catarina, 2011. p. 30.

somente na fé espiritual, já tive contato sim com pessoas abitoladas somente com religião e pararam de tomar os medicamentos de hipertensão e diabetes”²⁰⁵.

Dentre os profissionais respondentes, identificou-se que somente 16,66% dos participantes (4 profissionais), foi orientado durante sua formação acadêmica sobre como abordar o assunto religiosidade/espiritualidade/fé com um paciente, os demais, 83,33% (20 profissionais) afirmou não se lembrar de ter recebido tal orientação, ou que realmente não receberam tal conteúdo em sua formação acadêmica.

Gráfico 2 - Dados obtidos a partir do questionário semiestruturado²⁰⁶



Nas últimas décadas, em todo o mundo os apontamentos das diretrizes sobre educação farmacêutica são voltados para formação de um profissional com competência para prestar atenção farmacêutica ao paciente contribuindo para a qualidade no uso adequado de medicamentos.²⁰⁷ Entretanto os profissionais farmacêuticos não demonstraram segurança para lidar com questões de cunho pessoal de seus pacientes, em especial no que se refere ao posicionamento religioso/espiritual.

²⁰⁵ ANEXO C. *Questionário aplicado pela pesquisadora em julho 2018. Relato do Participante Insulina.*

²⁰⁶ APÊNDICE A. *Questionário semiestruturado elaborado pela autora.* p. 76.

²⁰⁷ NATIONAL ASSOCIATION OF PHARMACY REGULATORY AUTHORITIES. *Professional Competencies for Canadian Pharmacy Technicians at Entry to Practice.* Ottawa: NAPRA: ANORP, 2014. Disponível em: <https://napra.ca/sites/default/files/2017-08/Comp_for_Cdn_PHARMTECHS_at_EntrytoPractice_March2014_b.pdf>. Acesso em: 15 set. 2016.

Participante Paracetamol, 8 anos de atuação profissional, afirma que dentre suas maiores dificuldades estão “o pouco conhecimento e habilidade para lidar com esse tipo de situação”²⁰⁸.

Falar com o paciente sobre assuntos espirituais durante o acompanhamento do tratamento pode resultar em benefícios, como aumentar a capacidade do paciente em lidar com a doença, melhorar a relação profissional-paciente, e potencializar a confiança em relação ao tratamento medicamentoso auxiliando na mais rápida recuperação.²⁰⁹ Se conduzido de modo incorreto, quando profissionais lidam com os assuntos espirituais sem cautela, sensibilidade ou treinamento devido, os resultados podem ser desastrosos tanto para o profissional como para os pacientes, desencadeando em consequências negativas para o tratamento.²¹⁰

Além do pouco conhecimento sobre temas relacionados à religiosidade, os profissionais parecem não perceber o prejuízo que este distanciamento causa ao resultado final do serviço disponibilizado. São poucos os relatos que parecem compreender a relevância do aprofundamento ao tema e a dificuldade de atingir o público em questão.

No relato do participante Simeticona, 5 anos de profissão, o mesmo justifica a dificuldade em atingir o paciente: “Não são todas as pessoas que aceitam bem o debate sobre religião”²¹¹.

Qualquer aconselhamento profissional em relação ao cuidado e manutenção de saúde está propício ao risco de induzir um quadro emocional de culpa nos pacientes. O medo do profissional de desencadear, através de questionamentos ou aconselhamentos, um sentimento de culpa nos pacientes faz com que evitem comentar estes assuntos, em especial os que tangem comportamentos religiosos/espirituais.²¹²

Koenig argumenta que as perguntas sobre a religiosidade/fé dos pacientes não deveriam ser um obstáculo na relação entre o profissional da saúde e os pacientes. “Perguntas sobre as práticas e crenças espirituais não devem ofender os pacientes sendo feito de forma sensível e com respeito”²¹³. É possível afirmar que desde que sejam feitas de forma adequada, as perguntas ou questionamentos sobre a religiosidade/espiritualidade do paciente retornará de maneira positiva para o profissional farmacêutico que poderá utilizar esta interação também de maneira positiva para que o tratamento seja bem-sucedido.

²⁰⁸ ANEXO C. *Questionário aplicado pela pesquisadora em julho 2018*. Relato do participante Paracetamol.

²⁰⁹ KOENIG, 2005, p. 34.

²¹⁰ KOENIG, 2005, p. 34.

²¹¹ ANEXO C. *Questionário aplicado pela pesquisadora em julho 2018*. Relato do participante Simeticona.

²¹² KOENIG, 2005, p. 51.

²¹³ KOENIG, 2005, p. 50.

Alguns participantes levantaram mais questões que dificultam essa relação e debate no SUS, mostrando-se impeditivo não só o *des*-conhecimento dos profissionais a respeito das questões religiosas, mas também a logística oferecida pelo sistema. “Fazem parte das dificuldades, disponibilidade de tempo e espaço adequado”²¹⁴.

Além destas dificuldades apontadas acima somam-se as questões de o quadro clínico do paciente ser bom no momento da interação com o profissional. Conforme indica Omeprazol, a condição de possível controle da doença gera o argumento da não necessidade de utilização da mesma. “Como no momento, eles estão bem de saúde o argumento é que não é necessário medicação”²¹⁵ Outras situações como “falta de audição por parte dos pacientes”,²¹⁶ “dosagem da terapia não medicamentosa”²¹⁷ também foram citadas como sendo dificultadoras na relação com o paciente religioso resistente.

Mesmo após tantas constatações, e da concreta falta de aplicabilidade de temas relacionados à religiosidade/espiritualidade durante a formação destes profissionais, quando relatam suas dificuldades na relação profissional-paciente, é possível perceber a transferência da responsabilidade da falha no processo de adesão ao tratamento exclusivamente para o paciente, sem considerar as falhas na condução da relação paciente-profissional durante o acompanhamento farmacoterapêutico.

Para sanar as dificuldades de relacionamento entre profissional e paciente, a abordagem de temas como humanização tem sido frequente, no que diz respeito ao contexto saúde e tratamento de doenças, é imprescindível a busca pela melhoria do cuidado, sendo enfoque central a humanização da oferta do serviço. É necessário que a humanização seja parte integrante da formação do profissional de saúde, possibilitando a percepção do paciente como um todo, completo e complexo.²¹⁸ O que inclui ao atendimento profissional em relação ao paciente “o respeito, o acolhimento, a empatia, a escuta, o diálogo, circunstâncias sociais, éticas, educacionais e psíquicas, além da valorização dos significados atribuídos pelo ser humano à sua experiência de adoecimento e sofrimento, da prevalência da comunicação e do diálogo”²¹⁹.

²¹⁴ ANEXO C. *Questionário aplicado pela pesquisadora em julho 2018*. Relato do participante Clonazepan.

²¹⁵ ANEXO C. *Questionário aplicado pela pesquisadora em julho 2018*. Relato do participante Omeprazol.

²¹⁶ ANEXO C. *Questionário aplicado pela pesquisadora em julho 2018*. Relato do participante Sinvastativa.

²¹⁷ ANEXO C. *Questionário aplicado pela pesquisadora em julho 2018*. Relato do participante Domperidona.

²¹⁸ CASATE, Juliana Cristina; CORREA, Adriana Katia. A humanização do cuidado na formação dos profissionais de saúde nos cursos de graduação. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. v. 46, n. 1, p. 219-226. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n1/v46n1a29.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2018. p. 221.

²¹⁹ CASATE, 2012, p. 221.

Insulina, 12 anos de profissão, relata já ter se deparado sim com pacientes resistentes religiosos, a quem ele define como “abitolados com religião”, e que os mesmos pararam o tratamento medicamentoso por questões religiosas.²²⁰ Na apresentação insistente de resistência ao tratamento medicamentoso proposto pelo profissional farmacêutico, cria-se um barreira que dificulta o bom relacionamento entre os envolvidos, uma vez que este posicionamento impede a realização e cumprimento da tarefa profissional.²²¹

Amitriptilina relata que “A maior dificuldade é quando o paciente só consegue enxergar a cura através da religião, colocando o tratamento farmacológico muita das vezes, como uma opção nada relevante”²²². É papel do profissional farmacêutico auxiliar ao paciente na busca por novas perspectivas, ainda que seus conceitos anteriores se apresentassem como impedimento.

Ritalina, 9 anos de atuação profissional e atuante nos serviços públicos ressalta que uma das maiores dificuldades é: “fazer o paciente distinguir a ciência e a fé”.²²³ Participante Fluconazol, após 32 anos de atuação profissional, mesmo não estando atualmente nos serviços públicos, reafirma que para o profissional farmacêutico do SUS, diante paciente resistente, o maior desafio é de fato “a fé das pessoas”.²²⁴

Com a transferência da responsabilidade da adesão ou não ao tratamento exclusivamente para o paciente, e suas concepções pessoais, o profissional da área farmacêutica se exime da realização da sua função principal na assistência farmacêutica garantindo o uso adequado e seguro da farmacoterapia.

É possível perceber ainda, que além do posicionamento religioso/espiritual dos pacientes, alguns profissionais possuem também seus posicionamentos religiosos, dos quais não conseguem se distanciar a fim de manterem um diálogo impessoal e profissional com o paciente.

Participante Captopril, 6 anos de atuação profissional, e atuante nos serviços públicos, demonstra em seu relato que compreende essa necessidade e afirma que um das dificuldades é exatamente praticar essa distância do próprio posicionamento religioso: “Temos que conversar com o paciente de maneira que aceitemos, seja qual for a religião que ele segue, porém, explicarmos a importância, também das orientações dos profissionais de saúde”²²⁵.

²²⁰ ANEXO C. *Questionário aplicado pela pesquisadora em julho 2018*. Relato do participante Insulina.

²²¹ KOENIG, 2005, p. 48.

²²² ANEXO C. *Questionário aplicado pela pesquisadora em julho 2018*. Relato do Participante Amitriptilina.

²²³ ANEXO C. *Questionário aplicado pela pesquisadora em julho 2018*. Relato do Participante Ritalina.

²²⁴ ANEXO C. *Questionário aplicado pela pesquisadora em julho 2018*. Relato do Participante Fluconazol.

²²⁵ ANEXO C. *Questionário aplicado pela pesquisadora em julho 2018*. Relato do participante Captopril.

Mesmo frente a tantas dificuldades associadas ao contexto religiosidade/espiritualidade/fé e o tratamento da saúde, a pesquisadora percebeu através da literatura estudada para a pesquisa ora realizada, que a associação negativa entre os temas foi pouco discutida e apontada. Poucos autores abordam a influência negativa que o fenômeno religioso pode desencadear na população em relação aos tratamentos de saúde, havendo neste contexto muitos profissionais que também não aceitam essas associações.²²⁶

Azitromicina, 9 (nove) anos de profissão, relatou:

Durante 4 anos trabalhando com serviço público observei que indiferente da religião específica, a fé de alguns pacientes era fator positivo ao tratamento. Nenhum paciente se recusou a aderir à medicação com argumento da fé, mais acreditavam estar no caminho certo, guiado por uma força divina, sendo o tratamento medicamentoso uma parte do caminho que deviam percorrer para alcançar o sucesso do tratamento.²²⁷

Em se tratando de tratamento de saúde é justo afirmar que nem todos os efeitos da religiosidade/espiritualidade/fé serão positivos. É importante tentar compreender quando crenças espirituais ou religiosas podem piorar os problemas de saúde ou gerar conflitos com o tratamento apropriado.²²⁸ Para essa análise é necessário que o profissional consiga se distanciar de suas concepções pessoais e analise a situação como um fenômeno que pode exercer influência sobre a realização do seu trabalho.

Considerando os resultados desta pesquisa foi possível destacar que os maiores desafios dos profissionais da área farmacêutica frente ao paciente portador das doenças crônicas DM e HA que não aceitam o tratamento da doença por motivos de religiosidade/espiritualidade/fé, podem ser listados como a falta de preparo e instrução durante a formação acadêmica para lidar com assunto e a falta de conhecimento a respeito do tema, ainda que muitos acreditem dominar o conteúdo, podendo ser afirmado ainda que a maioria dos profissionais aqui abordados não têm percepção desta deficiência de sua prática laboral, acreditando, portanto que a não realização adequada do tratamento é um resultado exclusivo da falta de conhecimento técnico do paciente.

Em estudos anteriores Koenig afirma que a falta de conhecimento dos efeitos da religião na saúde e a falta de segurança dos profissionais sobre as questões, quando e como comentar assuntos religiosos, poderiam ser facilmente retificadas pela realização de

²²⁶ MELO, Cynthia de Freitas *et al.* Correlação entre religiosidade, espiritualidade e qualidade de vida: uma revisão de literatura. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 447-464, jul. 2015.

²²⁷ ANEXO C. *Questionário aplicado pela pesquisadora em julho 2018*. Relato do participante Azitromicina.

²²⁸ KOENIG, 2005, p. 46.

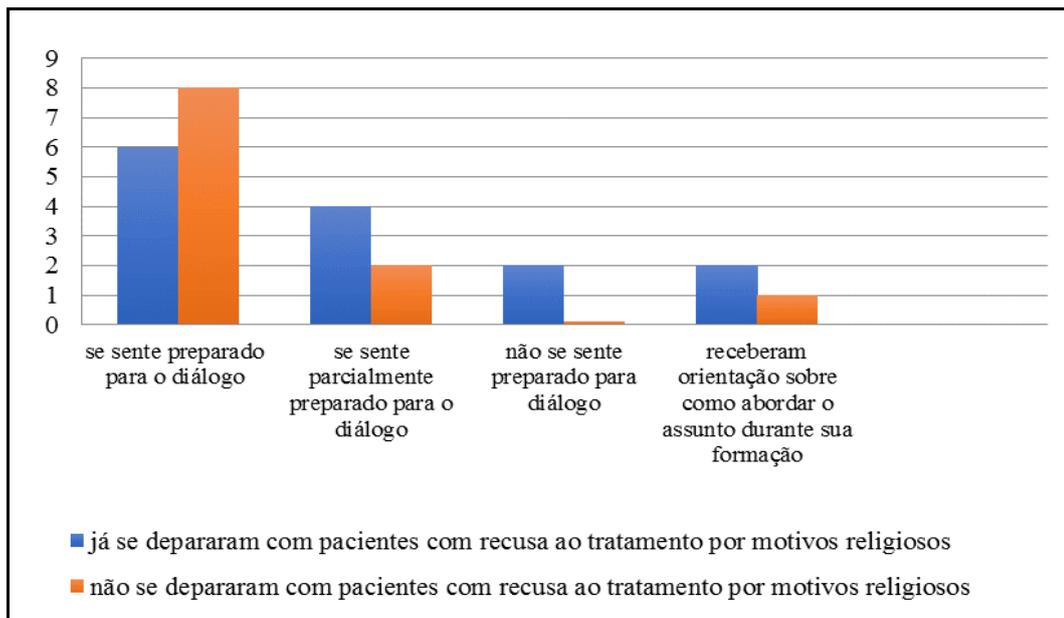
treinamentos. “O treino e a prática em comentar assuntos religiosos é a única forma de superar tais ansiedades”²²⁹.

3.3 Preparo do profissional farmacêutico frente ao paciente religioso resistente

Do total de 12 profissionais farmacêuticos que já se depararam com a situação de recusa do paciente em relação ao tratamento medicamentoso por motivos religiosos, houve uma variação de profissionais com 5 (cinco) até 32 (trinta e dois) anos de atuação profissional, sendo que destes, 50% (6 participantes) afirmou se sentir preparado para argumentar acerca da religiosidade/espiritualidade/fé e 33,33% (4 participantes) afirmou se sentir parcialmente preparado, e somente 16,66% (2 participantes) afirmou não estar preparado.

Diferentes resultados foram obtidos em relação aos 10 (dez) profissionais que afirmam não ter vivenciado a situação de recusa ao tratamento medicamentoso por questões relacionadas a religiosidade, destes 80% (8 participantes) afirmou sentirem-se preparados para argumentação diante a religiosidade/espiritualidade/fé do paciente como justificativa para não adesão ao tratamento farmacológico. Apenas 2 (dois) participante se disse parcialmente preparado, caso fosse necessário lidar com esta situação.

Gráfico 3- Dados obtidos a partir do questionário semiestruturado²³⁰



²²⁹ KOENIG, 2005, p. 44.

²³⁰ APÊNDICE A. *Questionário semiestruturado elaborado pela autora.* p. 76.

Mesmo com a apresentação de um alto índice de afirmativas em relação ao seu preparo para lidar e dialogar com o paciente religioso resistente, quando questionados sobre ter recebido orientação durante sua formação acadêmica sobre como abordar o tema com pacientes somente 1 profissional afirmou ter sido orientado. Uma outra característica marcante em relação ao grupo de profissionais que afirmam não terem vivenciado a recusa dos pacientes por motivos religiosos é que possuem menos tempo de atuação profissional, variando de 1 (um) a 6 (seis) anos, havendo apenas uma exceção, a do profissional com 20 (vinte) anos de atuação, que apesar dos anos de profissão não está atuando nos serviços públicos. O pouco tempo de atuação nos serviços públicos pode ter resultado na falta de oportunidade do profissional em realizar o acompanhamento fármaco-terapêutico mais efetivo, que pudesse identificar a não adesão por parte do paciente.

Ainda que muitos profissionais atestem se sentir preparados inteira ou parcialmente para situações onde a religiosidade/espiritualidade/fé do paciente coloque-se em oposição à adesão ao tratamento medicamentoso, é notável que não haja formação acadêmica para tal situação, visto que somente 16,66% dos participantes (4 profissionais) foi orientado acerca do assunto em sua formação, e os demais, 83,33% (20 profissionais) afirmou não se lembrar de ter recebido tal orientação, ou afirmaram que realmente não receberam tal conteúdo em sua formação acadêmica.

O profissional Paracetamol, com 8 (oito) anos de exercício profissional, declarou que não se lembra de ter sido orientado durante sua formação acadêmica para abordagem de temas religiosos relacionados à saúde do paciente e afirma ter “pouco conhecimento e habilidade para lidar com esse tipo de situação”²³¹.

Diante o exposto a pesquisadora entende que a afirmativa quanto a estar preparado é uma interpretação pessoal que o participante faz a respeito do seu conhecimento pessoal, técnico farmacêutico ou religioso, considerando no momento da resposta ao questionário as suas crenças pessoais, o que não se mostra eficiente na resolução do problema em questão, a não aceitação do paciente ao tratamento.

Essa leitura pode ser reafirmada nos dados apresentados quando questionados sobre suas experiências de atendimento a estes pacientes com recusa ao tratamento por questões religiosas, e se com a orientação farmacêutica foi possível convencer o paciente a seguir o tratamento adequado, contrariando suas percepções religiosas.

²³¹ ANEXO C. *Questionário aplicado pela pesquisadora em julho 2018. Relato do participante Paracetamol.*

Gráfico 4 – Respostas para a questão 11 do questionário semiestruturado²³²

Nota-se clara controvérsia na afirmativa de 91,6% dos participantes quanto a se sentirem preparados e parcialmente preparados para argumentação sobre motivos religiosos como impedimento ao tratamento medicamentoso, quando em suas experiências profissionais, pois, 41,6 % dos respondentes não vivenciou a situação. Dos participantes que vivenciaram, somente 17% obteve aceitação do paciente em relação a argumentação, com prevalência de respostas como: “tenho minhas dúvidas a respeito” (33,3%), “Parcialmente” (41,6%), e “não” (8,3%).

A pesquisadora reitera suas percepções da necessidade de que o preparo do profissional farmacêutico seja integral. Se existem dúvidas sobre o paciente fazer ou não o tratamento ou se ele faz o tratamento parcialmente, fica caracterizado que as questões religiosas ou espirituais, provenientes da fé do paciente, ainda estão se sobrepondo à orientação profissional e o objetivo da adesão ao tratamento não está sendo atingido de forma adequada. Esta divergência pode ser percebida ainda, através dos relatos que serão listados a seguir.

Atenolol, 6 (seis) anos de profissão, se diz parcialmente preparado para argumentação a esses pacientes. Contudo, afirma: “Não tive dificuldade em argumentar, mas a adesão leva tempo até se conscientizarem”²³³. É, portanto percebida uma situação de insucesso da argumentação do profissional da área farmacêutica no que se relaciona à religiosidade/espiritualidade/fé do paciente, considerando que o paciente não responde positivamente à argumentação, e ao se deparar com a insistência do paciente em se apoiar nas suas concepções religiosas/espirituais, novas dificuldades surgem nesta relação profissional e

²³² APÊNDICE A. *Questionário semiestruturado elaborado pela autora*. p. 76.

²³³ ANEXO C. *Questionário aplicado pela pesquisadora em julho 2018*. Relato do participante Atenolol.

paciente/religioso.

Losartana, 8 (oito) anos de profissão, afirma que “a dificuldade maior se representa pelo fato de querer convencer o paciente de que o que ele acredita para viver (fé/religiosidade) talvez não resolva seu problema”²³⁴. Dipirona, 1 (um) ano de profissão, também afirma que “a principal dificuldade é a resistência do paciente em aceitar novos conceitos”²³⁵.

A noção de sentir-se preparado, sem resultado de mudança de hábitos dos pacientes em relação à recusa ao tratamento não é eficiente, o que pode gerar certo fracasso profissional no que diz respeito à manutenção da saúde e o bem-estar do paciente. Diante da falta de preparo profissional em relação ao tema religioso, reações e posturas inadequadas ocorrem, como as relatadas pelos profissionais participantes.

Frente à insistência do paciente em ater-se às suas crenças religiosa/espirituais, 16,6% dos profissionais farmacêuticos reagiram insistindo com os pacientes que utilizassem o medicamento, deixando perceptível em seus relatos a intransigência e falta de habilidade no discurso no que se refere a questões religiosas: “A maior dificuldade é quebrar os princípios do mesmo”²³⁶.

O posicionamento profissional de insistência sem considerar o contexto do paciente, sentimentos, cultura e crenças, pode interferir negativamente na relação profissional/paciente/serviços de saúde, que irá refletir na aceitação do paciente aos serviços oferecidos, tornando muitas vezes os pacientes ainda mais resistentes.

Observe-se o relato de Amoxicilina, onde o paciente não aceitou qualquer argumentação em relação ao tratamento medicamentoso. “Dentre os casos que já tive, eles não acreditavam em medicamentos, apenas relatavam que não serviam para nada”²³⁷.

Corroborar com a situação descrita o de Nimesulida, 7 (sete) anos de atuação, e atuante nos serviços públicos, quando se deparou com paciente resistente ao tratamento e insistiu que o mesmo fizesse o uso. “Tentei orientar o paciente que não aceitou dizendo que participou de um culto de cura e que foi liberto da doença, e que ele crê na cura”²³⁸.

Além da postura de insistência relatada acima, 12,5 % dos profissionais relatou que diante ao paciente com a recusa por questões religiosas, reagiram ignorando a postura do paciente, não cumprindo seu papel de profissional que orienta, e deixando ainda mais evidente que a classe profissional não possui preparo para lidar com questões relacionadas à religião/espiritualidade/fé.

²³⁴ ANEXO C. *Questionário aplicado pela pesquisadora em julho 2018*. Relato do Participante Losartana.

²³⁵ ANEXO C. *Questionário aplicado pela pesquisadora em julho 2018*. Relato do participante Dipirona.

²³⁶ ANEXO C. *Questionário aplicado pela pesquisadora em julho 2018*. Relato do participante Propranolol.

²³⁷ ANEXO C. *Questionário aplicado pela pesquisadora em julho 2018*. Relato do participante Amoxicilina.

²³⁸ ANEXO C. *Questionário aplicado pela pesquisadora em julho 2018*. Relato do participante Nimesulida.

ASS, com 9 (nove) anos de profissão, hoje está atuando nos serviços públicos de saúde, afirmou se sentir preparado para argumentação com o paciente que justifica a não adesão ao tratamento por motivos religiosos/espirituais, contudo, ao se deparar com a situação afirma ter ignorado a postura do seu paciente: “Considero o paciente rebelde e sem perspectiva de vida”²³⁹.

Casos como os relatados, onde o profissional se revolta com o posicionamento religioso/espiritual do paciente, podem ser comuns, visto que tal posicionamento impede a realização e cumprimento da tarefa profissional. Na escolha aparentemente irracional feita pelo paciente, em objeção à terapia cientificamente comprovada eficaz, o profissional pode experimentar uma sensação de descontentamento e algumas vezes rejeição, o que pode desencadear no colapso da comunicação entre profissional e paciente.²⁴⁰ Para Sibutramina “A dificuldade consiste na confiança que temos que construir neste debate”.²⁴¹ Koenig destaca que o mais importante nesta relação profissional e paciente, independentemente do posicionamento pessoal deste paciente, é manter um diálogo aberto que garanta que os pacientes se sintam respeitados.²⁴²

Diante a apresentação dos dados levantados, propõe-se a continuidade deste trabalho com ampliação da amostra e aplicabilidade em diferentes regiões, para que outros estudos possam ser desenvolvidos relacionando temas como religiosidade/espiritualidade/fé vistos a partir da possível influência negativa sobre os pacientes.

²³⁹ ANEXO C. *Questionário aplicado pela pesquisadora em julho 2018*. Relato do participante AAS.

²⁴⁰ KOENIG, 2005, p. 48.

²⁴¹ ANEXO C. *Questionário aplicado pela pesquisadora em julho 2018*. Relato do participante Sibutramina.

²⁴² KOENIG, 2005, p. 48.

CONCLUSÃO

A proposta da pesquisadora sobre os desafios enfrentados pelo profissional da área farmacêutica frente a não adesão do paciente portador das doenças crônicas DM e HA ao tratamento medicamentoso, movido por motivos referentes a religiosidade/espiritualidade/fé, foi desenvolvida a partir da perspectiva de que de fato esta recusa ao tratamento ocorria em função da religiosidade/espiritualidade dos pacientes. Para percorrer o caminho da pesquisa foram propostos três capítulos.

No primeiro capítulo foram apresentados os serviços públicos de saúde no Brasil e sua relação com religião/espiritualidade/fé. Para alcançar o objetivo geral do capítulo foram abordadas as seguintes temáticas: a história e os desafios da saúde pública no Brasil, a relação entre SUS, sociedade e religiosidade/espiritualidade/fé e o processo de aceitação *não* aceitação do tratamento medicamentoso em diálogo com a religiosidade/espiritualidade/fé do paciente portador de doenças crônicas. Ajudaram no debate acadêmico autores como Marcus Vinícius Polignano²⁴³ e Bertolli Filho²⁴⁴.

O segundo capítulo abordou a assistência farmacêutica nos serviços públicos de saúde e sua relação com religiosidade/espiritualidade/fé do paciente. Para o seu desenvolvimento foram levantadas as temáticas sobre a implantação da assistência farmacêutica nos serviços públicos de saúde, o profissional da área farmacêutica no serviço público de saúde e a atenção farmacêutica e a aceitação ou não aceitação do tratamento de saúde dos pacientes no SUS em diálogo com a religiosidade/espiritualidade/fé. O embasamento teórico foi sustentado pelos autores Leonardo Régis Leira Pereira, Osvaldo de Freitas²⁴⁵ e Fabíola Sulpino Vieira²⁴⁶.

Já no terceiro capítulo foram tabulados e discutidos dados obtidos com a pesquisa de campo, através de questionário *on-line* semiestruturado, via plataforma *Google Forms*. A coleta de dados foi realizada através do envio do link²⁴⁷, via WhatsApp, aos profissionais da área farmacêutica, da Cidade de Caratinga, Minas Gerais, com experiência de atuação no campo dos serviços públicos de saúde. Neste capítulo o embasamento teórico foi através do

²⁴³ POLIGNANO, Marcus Vinícius. História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão. *Cadernos do Internato Rural*. Faculdade de Medicina/UFMG, Belo Horizonte, v. 35, p. 01-35, 2001. p. 38.

²⁴⁴ BERTOLLI FILHO, Claudio. *História da saúde pública no Brasil*. São Paulo: Ática, 1996.

²⁴⁵ PEREIRA, Leonardo Régis Leira; FREITAS, Osvaldo de. A evolução da atenção farmacêutica e a perspectiva para o Brasil. *Revista Brasileira Ciências Farmacêuticas*, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 601-612, out/dez. de 2008. p. 606.

²⁴⁶ VIEIRA, Fabíola Sulpino. Possibilidades de contribuição do farmacêutico para a promoção da saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 213-220, mar. 2007. p. 218.

²⁴⁷ Formulário online. Disponível em: <https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSewgLGtGet8chwstOcgDhNaDak_Y_U99wRIs-NtLZmXuu9H0Q/viewform?usp=sf_link>. Acesso em 01 jul 2018.

pesquisador Harold Koenig²⁴⁸ pelo debate entre a positividade e negatividade da religiosidade/espiritualidade/fé no contexto saúde, a esta altura foi detectada a deficiência da existência de trabalhos científicos que abordassem a religiosidade como fator interferente de forma negativa na condução dos tratamentos de saúde. Para o desenvolvimento deste terceiro capítulo abordou-se os seguintes temas, o perfil do profissional farmacêutico do SUS e sua percepção quanto à recusa dos pacientes ao tratamento medicamentoso; as dificuldades do profissional farmacêutico diante do paciente religioso resistente; e o preparo do profissional farmacêutico frente ao paciente religioso resistente, embasando nos resultados dos questionários aplicados.

Através do desenvolvimento desta pesquisa foi possível atingir o objetivo principal inicialmente traçado de levantar as principais dificuldades e desafios enfrentados pelo profissional da área farmacêutica quando lida com pacientes portadores das doenças crônicas DM e HA, que não aderem ao tratamento farmacológico, movidos por questões religiosas propostas para a cura em função do exercício da fé/espiritualidade/religiosidade.

Percebe-se que entre os maiores desafios e dificuldades encontrados pela pesquisadora estão a falta de preparo e instrução sobre como abordar temas religiosos durante a sua formação acadêmica e a falta de conhecimento técnico a respeito dos temas religiosidade/espiritualidade, ainda que muitos profissionais da área que participaram da pesquisa acreditem dominar o conteúdo.

Nota-se um distanciamento muito grande no que se diz respeito ao profissional de saúde, neste trabalho o profissional da área farmacêutica, e o contexto religiosidade/espiritualidade desencadeando um processo falho e ineficiente de incentivo ao paciente para adesão ao tratamento.

Esse distanciamento pode ser reforçado pela escassa presença de fontes bibliográficas que abordem estas relações negativas entre religiosidade/espiritualidade e tratamentos de saúde, o que foi um dificultador no desenvolvimento deste trabalho.

A pesquisadora compreende, portanto, que uma atividade que profissionalmente apresenta-se muito técnica, e lida com a questão da instrução e do incentivo à adesão ao tratamento medicamentoso, perpassa por discussões e percepções mais profundas do que realmente o conhecimento técnico sobre o medicamento, e estão intimamente relacionadas com as concepções de religião e espiritualidade dos pacientes.

Quando os pacientes percebem que o/a profissional de saúde compreende suas crenças religiosas e é receptivo/a para abordá-las durante o atendimento, os mesmos se sentem mais à

²⁴⁸ KOENIG, 2005, p. 49.

vontade para falar sobre crenças que por vezes conflitam com tratamentos propostos e até mesmo sobre o uso das alternativas religiosas ao invés de tratamento medicamentoso.²⁴⁹

As tentativas profissionais de cumprirem sua atividade técnica da atenção farmacêutica ignorando ou até mesmo entrando no embate em relação as crenças de seus pacientes apresentaram influência negativa na aceitação ao tratamento o que pode desencadear uma difícil relação entre profissional paciente.

Como resultado da intolerância profissional diante do paciente religioso resistente, não considerando em sua prática profissional o contexto no qual seu paciente está inserido, desencadeia um quadro de insatisfação do usuário em relação à prestação de serviços oferecidos pelo sistema único de saúde, refletindo também no resultado final dos resultados do tratamento oferecido, colocando em risco todo o tratamento anteriormente oferecidos e custeados pelo sus, como consultas, exames laboratoriais e outros.

É, portanto, necessária e urgente, uma capacitação para esses profissionais já atuantes no mercado e que carecem de formação no que diz respeito a como abordar a questão da religiosidade/espiritualidade no contexto da saúde, para desenvolvimento de seu trabalho de forma humanizada e integral.

A pesquisadora se propõe a apresentar os dados coletados às autoridades competentes do município onde a pesquisa foi realizada a fim de que se estabeleçam as providências necessárias no que diz respeito à deficiência da formação acadêmica desta parcela profissional.

Considera essencial para a mudança da falta de conhecimento e habilidade para lidar com assuntos religiosos e espirituais de seus pacientes, o reconhecimento pessoal desta deficiência e o prejuízo porventura causado por ela para todo o sistema público de saúde, a fim de que uma busca de capacitação profissional continuada no que diz respeito à formação e conhecimento deste campo de atuação do profissional de saúde, nesta pesquisa, o farmacêutico.

Através dos resultados alcançados a pesquisadora sugere ainda que sejam revisadas as diretrizes curriculares que preconizam as bases educacionais para formação do profissional farmacêutico, de forma a ampliar acesso a capacitação deste profissional, no que diz respeito a forma adequada de lidar com assuntos de cunho religioso/espiritual, quando surgem como fatores interferentes na aceitação do tratamento medicamentoso, permitindo assim, uma atuação menos tecnicista e mais abrangente e humanizada, despertando a habilidade deste profissional de compreender o paciente e sua relação com o tratamento como um todo.

²⁴⁹ KOENIG, 2005, p. 30.

REFERÊNCIAS

ACÚRCIO F. A. Política de medicamentos e assistência farmacêutica no Sistema Único de Saúde. Acúrcio F.A. (Org). *Medicamentos e Assistência Farmacêutica*. Belo Horizonte; Coopmed, 2003.

_____. Complexidade do regime terapêutico prescrito para idosos. *Revista Associação Médica Brasileira*. São Paulo, v. 55, n. 4, p. 468-474, 2009.

ALMEIDA, Nemésio Dario. A saúde no Brasil, impasses e desafios enfrentados pelo Sistema Único de Saúde: SUS. *Revista de Psicologia e Saúde*, Campo Grande, v. 5, n. 1, p. 1-9, jun. de 2013.

ALVES, Bruna Araújo; CALIXTO, A. A. T. F. Aspectos determinantes da adesão ao tratamento de hipertensão e diabetes em uma Unidade Básica de Saúde do interior paulista. *Journal of the Health Sciences Institute*, v. 30, n. 3, p. 255-260, 2012.

ANGONESI, Daniela; SEVALHO, Gil. Atenção Farmacêutica: fundamentação conceitual e crítica para um modelo brasileiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 15, n. 3, p. 3603-3614, 2010.

ARAÚJO, Aílson da Luz André de et al . Perfil da assistência farmacêutica na atenção primária do Sistema Único de Saúde. *Ciências saúde coletiva*, Rio de Janeiro , v. 13, p. 611-617, 2008.

_____. Concepções do profissional farmacêutico sobre a assistência farmacêutica na unidade básica de saúde: dificuldades e elementos para a mudança. *Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas*, São Paulo, v. 42, n. 1, p. 137-146, mar. 2006.

BASTOS, Francisco Avelar; SANTOS, Everton; TOVO, Maximiano Ferreira. Capital social e sistema único de saúde (SUS) no Brasil. *Saúde e Sociedade*, v. 18, p. 177-188, 2009.

BELINATI, Waldmir. *Avaliação crítica do aumento da capacidade operativa dos serviços de saúde ao nível primário*, Londrina, 1986-1992. 1994. 281 f. Tese (Doutorado) - Programa de Doutorado em Serviços de Saúde Pública, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1994.

BERTOLLI FILHO, Claudio. *História da Saúde Pública no Brasil*. São Paulo: Ática, 1996.

BORGES, Jose Wicto Pereira et al. Validação de conteúdo das dimensões constitutivas da não adesão ao tratamento da hipertensão arterial. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 47, n. 5, p. 1076-1082, out. 2013.

BOVO, Fernanda; WISNIEWSKI, Patricia; MORSKEI, Maria Luiza Martins. *Atenção Farmacêutica: papel do farmacêutico na promoção da saúde*. *Biosaúde*, Londrina, v. 11, n. 1, p. 43-56, jan./jun. 2009.

BRASIL. Constituição Federal (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Sistema Único de Saúde*. Coleção Progestores - Para entender a Gestão do SUS. Brasília, DF, 2007.

_____. Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990. *Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências*. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm> . Acesso em: 09 jan. de 2018.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 338, de 06 de maio de 2004. *Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica*. Diário Oficial da União, Poder Executivo. Brasília, DF, Seção 1, n. 96, 20 mai. 2004, Brasília.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Coletânea de Normas para o Controle Social no Sistema Único de Saúde*. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. 2. ed. Brasília. 2006. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/coletanea_miolo.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus: hipertensão arterial e diabetes mellitus*. Brasília, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Atenção Básica: hipertensão e diabetes*. Portaria nº 371/GM de 04 de março de 2002. Brasília, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.916 de 30 de outubro de 1998. *Define a Política Nacional de Medicamentos*. Brasília, 1998.

_____. Ministério da Saúde. Sala de Situação em Saúde. *Saúde não tem preço*. Disponível em: <<http://sage.saude.gov.br/>>. Acesso em: 12 fev. 2018.

_____. Ministério da Saúde. *A assistência farmacêutica nas Redes de Atenção à Saúde do SUS*. Brasília, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Manual de adesão ao tratamento para pessoas vivendo com HIV e Aids*. Brasília, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria e vigilância em saúde. Departamento de análise de Situação de Saúde. *Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022*. Brasília, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. *Uso racional de medicamentos: temas selecionados*. Brasília. Série A. Normas e manuais técnicos, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. *Serviços farmacêuticos na atenção básica à saúde*. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. – Brasília : Ministério da Saúde, p.1-108, caderno 1, 2014.

CARTAXO, Ana. Espiritualidade, religião e percepção de doença: implicações na adesão terapêutica. *O Portal dos Psicólogos*, p. 1-9, 2010. Disponível em: <<http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0241.pdf>>. Acesso em: 15 mar. 2017.

CARVALHO, Antônio Ivo de; BARBOSA, Pedro Ribeiro. *Políticas de saúde: fundamentos e diretrizes do SUS*. 3. ed. rev. e atualiz. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração/UFSC; Brasília: CAPES: UAB, 2014.

CARVALHO, Gilson. A saúde pública no Brasil. *Estudos Avançados*. São Paulo, v. 27, n. 78, p. 7-26, 2013.

CASATE, Juliana Cristina; CORREA, Adriana Katia. A humanização do cuidado na formação dos profissionais de saúde nos cursos de graduação. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. v. 46, n. 1, p. 219-226. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reesp/v46n1/v46n1a29.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2018. p. 221.

CAVALCANTI, Ludmila F.; ZUCCO, Luciana P. Política de saúde e serviço social. In: CAVALCANTI, Ludmila F.; REZENDE, Ilma (Orgs.). *Serviço Social e políticas sociais*. Rio de Janeiro: UFRJ, 2006.

CENSO BRASILEIRO DE ATENÇÃO FARMACÊUTICA - PROPOSTA. Atenção Farmacêutica no Brasil: “Trilhando Caminhos”. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde & Ciência em ação, 2002. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/PropostaConsensoAtenfar.pdf>>. Acesso em: 15 fev. 2018.

CORRER, Cassyano J.; OTUKI, Michel F. *Método Clínico de Atenção Farmacêutica*. Disponível em: <<http://www.saude.sp.gov.br/resources/ipgg/assistencia-farmaceutica/otuki-metodoclinicoparaatencaofarmaceutica.pdf>>. Acesso em: 15 mai. 2018.

COSENDEY, Marly Aparecida Elias et al. Assistência farmacêutica na atenção básica de saúde: a experiência de três estados brasileiros. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 171-182, 2000.

COSTA, Ana Maria, VIEIRA, Natalia Aurélio. Participação e controle social em saúde. In: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. *A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013.

CUNHA, João Paulo Pinto, CUNHA Rosani Evangelista da. Sistema Único de Saúde: princípios. In: Brasil. Ministério da Saúde. *Gestão municipal de saúde: textos básicos*. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2001.

DAUDT Carmen Vera Giacobbo. *Fatores de risco de doenças crônicas não transmissíveis em uma comunidade universitária do sul do Brasil*. 2013. 177f. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

DE SOUZA NEVES, Danielly Barreto; PINA, Joelma. Assistência Farmacêutica no SUS: os desafios do profissional farmacêutico. *Saúde e Ciência em Ação - Revista Acadêmica do Instituto de Ciências da Saúde*, v. 1, n. 01, p. 83-104, jul-dez. 2015.

FERNANDES, Suzana Maria Rodrigues. *Prediletos psicossociais do ajustamento à doença e tratamento de mulheres com cancro na mama: o papel do estado emocional das representações de doença, do optimismo e dos benefícios percebidos*. 2009. 475 f. Tese (Doutorado) - Instituto de Educação e Psicologia. Universidade do Minho, Portugal, 2009.

GREZZANA, Guilherme Brasil; STEIN, Airton Tetelbon; PELLANDA, Lúcia Campos. Adesão ao tratamento e controle da pressão arterial por meio da monitoração ambulatorial de 24 horas. *Arquivo Brasileiro de Cardiologia*, v. 100, n. 4, p. 355-361, 2013.

HEPLER, Charles D.; STRAND, Linda M. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. *Am J hosp pharm*, v. 47, n. 3, p. 533-543, 1990.

IVAMA, Adriana Mitsue, et al. Consenso brasileiro de atenção farmacêutica: proposta. In: CONSENSO BRASILEIRO DE ATENÇÃO FARMACÊUTICA. Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília, 2002.

IRIGOYEN, Maria Cláudia et al. Exercício físico no diabetes melito associado à hipertensão arterial sistêmica. *Revista Brasileira Hipertensão*, v. 10, p. 109-117, 2003.

KOENIG, Harold G. *Espiritualidade no cuidado com o paciente: por que, como, quando e o quê*. FE Editora Jornalística: São Paulo, 2005.

LANGDON, Esther Jean, WIIK, Flávio Braune. Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. v.18, n.3, p. 459-466, jun. 2010.

LAURENTI R. Transição demográfica e transição epidemiológica. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EPIDEMIOLOGIA, I, 1990, Rio de Janeiro. *Anais...* Rio de Janeiro: Abrasco, 1990.

LIMA, Helder de Pádua et al. Adesão do usuário hipertenso ao tratamento e a interface com o saber sobre o agravo. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, v. 11, n. 2, p. 170-178, abr.-jun. 2010.

LIMA, Vanessa Rodrigues de; BALDISSERA, Vanessa Denardi Antoniassi.; JQUES, André Estevam. A vivência com a hipertensão arterial sistêmica e a utilização de estratégias de enfrentamento. *Arquivo de Ciências e Saúde. UNIPAR*, Umuarama, v. 15, n. 3, set./dez. 2011.

LUCCHETTI, Giancarlo et al. O idoso e sua espiritualidade: impacto sobre diferentes aspectos do envelhecimento. *Revista Brasileira Geriatria Gerontologia*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p.159-167, mar. 2011.

MACHADO, Luis Eduardo; CAMPOS, Renata. O impacto da diabetes melito e da hipertensão arterial para a saúde pública. *Saúde e Meio Ambiente: Revista Interdisciplinar*, v. 3, n. 2, p. 53-61, 2015.

MARIN, Nelly et. al. *Assistência farmacêutica para gerentes municipais*. Rio de Janeiro: Opas/OMS, 2003.

MARQUES, Luciene Alves Moreira; VALE, Flávia Vanessa Vieira Ribeiro do; NOGUEIRA, Valéria Aparecida dos Santos. Atenção farmacêutica e práticas integrativas e complementares no SUS: conhecimento e aceitação por parte da população sãojoanense. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 663-674, 2011.

MELO, Cynthia de Freitas et al. Correlação entre religiosidade, espiritualidade e qualidade de vida: uma revisão de literatura. *Estudos e pesquisas em psicologia*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 447-464, jul. 2015.

MELO, Daniela Oliveira de e CASTRO, Lia Lusitana Cardozo de. A contribuição do farmacêutico para a promoção do acesso e uso racional de medicamentos essenciais no SUS. *Ciência & Saúde Coletiva*. v. 22, n. 1, p. 235-244. 2017.

MELLO, Márcio Luiz; OLIVEIRA, Simone Santos. Saúde, religião e cultura: um diálogo a partir das práticas afro-brasileiras. *Saúde e Sociedade*, v. 22, p. 1024-1035, 2013.

MESTRINER, Darlene Caprari Pires. O farmacêutico no serviço público de saúde: a experiência do Município de Ribeirão Preto - SP. 2003. 130 f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.

MONTEIRO, O. *Farmácia popular e equidade*. Citações e referências a documentos eletrônicos. Disponível em: <<http://www.conasems.org.br/site/>>. Acesso em: 3 abr. 2017.

MOREIRA-ALMEIDA, Alexander et al. Versão em português da escala de religiosidade da Duke – DUREL. *Revista Psiquiatria Clínica*, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 31-32, 2008.

NATIONAL ASSOCIATION OF PHARMACY REGULATORY AUTHORITIES. *Professional Competencies for Canadian Pharmacy Technicians at Entry to Practice*. Ottawa: NAPRA: ANORP, 2014. Disponível em: <https://napra.ca/sites/default/files/2017-08/Comp_for_Cdn_PHARMTECHS_at_EntrytoPractice_March2014_b.pdf>. Acesso em: 15 set. 2016.

OENNING, Diony; OLIVEIRA, Bruna Volpato de; BLATT, Carine Raquel. Conhecimento dos pacientes sobre os medicamentos prescritos após consulta médica e dispensação. *Ciências e saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 7, p. 3277-3283, jul. 2011.

OLIVEIRA, Andrezza Beatriz et al. Obstáculos da atenção farmacêutica no Brasil. *Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas*, São Paulo, v. 41, n. 4, p. 409-413, dez. 2005.

OLIVEIRA, José Egídio Paulo de; MONTENEGRO JÚNIOR, Renan Magalhães; VENCIO, Sergio (Orgs.). *Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018*. São Paulo: Clannad, 2017.

OLIVEIRA, Luciane Cristina Feltrin de; ASSIS, Marluce Maria Araújo; BARBONI, André René. Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde: da Política Nacional de Medicamentos à Atenção Básica à Saúde. *Ciências e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 3561-3567, nov. 2010.

PANIZ, Vera Maria Vieira et al. Acesso a medicamentos para tratamento de condições agudas prescritos a adultos nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 32, n. 4, p. 1-13, 2016.

PARGAMENT, K.I. , et al. Religious Struggle as a Predictor of Mortality Among Medically Ill Elderly Patients. *Arch Internal Medicine*, v.161, n.15, p. 1881-1885, 2001.

PEREIRA Marco Aurélio. *Programa Farmácia Popular no Brasil: uma análise sobre sua relação com o Complexo Econômico-Industrial da Saúde e os programas estratégicos do Governo Federal*. 2013. 104 f. Mestrado (Dissertação). Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2013.

PEREIRA, Leonardo Régis Leira; FREITAS, Osvaldo de. A evolução da atenção farmacêutica e a perspectiva para o Brasil. *Revista Brasileira Ciências Farmacêuticas*, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 601-612, out/dez. 2008.

PEREIRA, Silvia Eliza Almeida et al. Fatores de risco e complicações de doenças crônicas não transmissíveis. *Ciência & Saúde*, v. 10, n. 4. p. 213-219, out.-dez. 2017.

PERES, Mario F. P.; ARANTES, Ana Claudia de Lima Quintana; LESSA, Patrícia Silva, CAOUS, Cristofer André. A importância da integração da espiritualidade e da religiosidade no manejo da dor e dos cuidados paliativos. *Revista de Psiquiatria Clínica*, v. 34, supl. 1. p. 82-87, 2007.

POLIGNANO, Marcus Vinícius. História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão. *Cadernos do Internato Rural*. Faculdade de Medicina/UFMG, Belo Horizonte, v. 35, p. 01-35, 2001.

PONTES, Ana Paula Munhen de et al. O princípio de universalidade do acesso aos serviços de saúde: o que pensam os pacientes? Escola Anna Nery. *Revista Enfermagem*, v. 13, n. 3, p. 500-507, 2009.

PORTELA A. S. et al. Políticas públicas de medicamentos: trajetória e desafios. *Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada*. v. 31, p. 9-14, 2010.

PUCHALSKI, Christina et al. Improving the quality of spiritual care as a dimension of palliative care: the report of the Consensus Conference. *Journal of Palliative Medicine*, v. 12, n. 10, p. 885-904, 2009.

RABELO, Miriam Cristina. Religião e cura: algumas reflexões sobre a experiência religiosa das classes populares urbanas. *Cad. Saúde Pública*. vol.9, n.3, p.316-325, 1993. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1993000300019>>. Acesso em: 10 nov. 2018.

RIBEIRO, Fernanda Mendes Lages e MINAYO, Maria Cecília de Souza. O papel da religião na promoção da saúde, na prevenção da violência e na reabilitação de pessoas envolvidas com a criminalidade: revisão de literatura. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 19, n. 06, p. 1773-1789, 2014.

SANTOS, Rosana Isabel dos; SOARES, Luciano, PUPO, Guilherme Daniel (Orgs.). *Gestão da Assistência Farmacêutica*. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2015. Disponível em: <<http://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/3132>>. Acesso em: 11 agosto, 2018.

SANTOS, H. *et al.* Segundo Consenso de Granada sobre problemas relacionados com medicamentos. *Acta Médica Portuguesa*, v. 17, p. 59-66, 2004.

SANTOS, R. I. *Concepções de assistência farmacêutica no contexto histórico brasileiro*. Florianópolis, SC, 2011. 172 f. Tese (Doutorado) - Programa de Pós-Graduação em Farmácia, Universidade Federal de Santa Catarina, 2011. p. 30.

SALGADO, Ana Paula Alves; ROCHA, Ruth Mylius; CONTI, Claudio de Carvalho. O enfermeiro e a abordagem das questões religiosas. *Revista de Enfermagem*, UERJ, v. 15, n. 2, p. 223-228, abr.-jun. 2007.

SAVIOLI, Roque M. *Fronteiras da ciência e da fé*. São Paulo: Gaia, 2006.

SHERMAN A.C. *et al.* Religious Struggle and Religious Comfort in Response to Illness: Health Outcomes among Stem Cell Transplant Patients. *Journal of Behavioral Medicine*, v. 28, n. 4, p. 359-367, 2005.

SILVA, Fábio Gomes da; ZAMBOM, Marcelo Socorro. *Gestão do relacionamento com o cliente*. São Paulo: Thomson Learning, 2006.

SILVA, Heliana Marinho da. *A política pública de saúde no Brasil: dilemas e desafios para a institucionalização do SUS*. 1996. 132 f. Dissertação (Mestrado) - Programa de Mestrado em Administração Pública, Escola Brasileira de Administração Pública, Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro, 1996.

SILVA, Juliana Veiga Mottin da et al. Avaliação do Programa de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus na visão do usuário. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 68, n. 4, p. 626-632, ago. 2015.

SILVA. Rondinele Mendes, CAETANO, Rosângela. Custos da assistência farmacêutica pública frente ao Programa Farmácia Popular. *Revista de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 50, 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, São Paulo, v. 89, n. 3, p. 24-79, set. 2007.

SOUSA, Rafael da Cruz; BATISTA, Francisco Eduardo Bastos. Política pública de saúde no Brasil: história e perspectivas do Sistema Único de Saúde - SUS. In: CONGRESSO NORTE E NORDESTE DE PESQUISA E INOVAÇÃO, 2012, Palmas. *Anais....* Palmas, 2012. Disponível em: <<http://prop.ipto.edu.br/ocs/index.php/connepi/vii/paper/viewFile/2842/1827>>. Acesso em: 8 jun. 2017.

TAVARES, Noemia Urruth Leão et al. Fatores associados à baixa adesão à medicação em adultos mais velhos. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 47, n. 6, p. 1092-1101, dez. 2013.

UCHOA, Elizabeth, VIDAL, Jean Michel. Antropologia médica: elementos conceituais e metodológicos para uma abordagem da saúde e da doença. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 10, n. 4, p. 497-504, 1994.

VASCONCELOS, Eymard Mourão. A Associação entre vida religiosa e saúde: uma breve revisão de estudos quantitativos. *RECIIS – Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde*. Rio de Janeiro, v. 4, n. 3, p. 12-18, set. 2010. Disponível em <<https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/659/1307>>. Acesso em: 30 jul. 2017.

VIEIRA, Fabíola Sulpino. Possibilidades de contribuição do farmacêutico para a promoção da saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 213-220, mar. 2007.

V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, São Paulo, v. 89, n. 3, p. 24-79, set. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2007001500012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 mai. 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Definition of palliative care*. Disponível em: <<http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>>. Acesso em: 21 jan. 2018.

ZEPEDA BERMÚDEZ, Jorge Antonio; ALBUQUERQUE POSSAS, Cristina de. Análisis crítico de la política de medicamentos en el Brasil. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP)*, v. 119, n. 3, p. 270-277, 1995.



APÊNDICES

APENDICE A - QUESTIONÁRIO *ONLINE* SEMI-ESTRUTURADO²⁵⁰

Meu nome é Paula Ribeiro de Souza, mestranda em Ciências das Religiões, estou realizando este trabalho com o objetivo de levantar os desafios enfrentados pelo profissional da área farmacêutica frente a não aceitação do paciente diabético e hipertenso em relação à doença e a não adesão ao tratamento farmacológico, movidos por promessas religiosas de cura pela fé.

Conto com sua colaboração!

Você aceita participar da pesquisa e autoriza o uso dos dados?

- Sim
- Não

1 - Quantos anos você tem de exercício na profissão? _____

2 - Você ainda atua em serviço público de Saúde?

- Sim
- Não

3 - Já se deparou com pacientes portadores das doenças crônicas hipertensão arterial e diabetes mellitus que se recusaram a aderir ao tratamento farmacológico?

- Sim
- Não
- Não me lembro

4 - Dentre estes pacientes consegue identificar algum que recusou o tratamento por questões de religiosidade/espiritualidade/fé?

- Sim
- Não
- Não me lembro

5 - Você tinha conhecimento que os pacientes eram membros de algum grupo religioso?

- Sim
- Não
- Não me lembro

6 - Se a resposta anterior for sim a qual grupo religioso ele pertencia?

- Católico
- Evangélico
- Kardecista
- Outros

7 - Diante a religiosidade/espiritualidade/fé do paciente como justificativa para não adesão ao tratamento farmacológico, você como profissional do medicamento, se sentiu e se sente preparado para argumentar com este paciente?

- Sim
- Não

²⁵⁰ Disponível em: <https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSewgLgTGet8chwstOcGDhNaDak_Y_U99wRIs-NtLZmXuu9H0Q/viewform?usp=sf_link>. Acesso em: 01 jul 2019.

- Parcialmente

8 - Quais são as suas principais dificuldades no debate deste tema com o paciente religioso resistente? Relate alguma das suas experiências: _____

9 - Durante sua formação acadêmica, em algum momento você teve orientações sobre como abordar assuntos como “religiosidade/espiritualidade/fé” dos pacientes?

- Sim
- Não
- Não me lembro

10 - Como você conduziu uma situação em que o paciente se recusou a tomar o medicamento, em função de que a religiosidade do mesmo oferece soluções mágicas, tais como cura e repreensão de doenças crônicas?

- Ignorou a situação
- Insistiu
- Orientou que apesar do recurso espiritual o medicamento vai contribuir
- Entrou no debate religioso a fim de convencer o paciente

11 - No atendimento deste paciente que recusa a farmacoterapia por questões religiosas, com a sua orientação farmacêutica você conseguiu convencê-lo de seguir o tratamento adequado?

- Sim
- Não
- Parcialmente
- Tenho minhas dúvidas a respeito
- Nunca vivenciei este tipo de situação

APÊNDICE B – FOLHA DE ROSTO ENVIADA AO CEP PARA SUBMISSÃO DO PROJETO DE PESQUISA



1. Projeto de Pesquisa: PROMESSAS RELIGIOSAS DA CURA PELA FÉ: DESAFIOS DO PROFISSIONAL, DA ÁREA FARMACÊUTICA			
2. Número de Participantes da Pesquisa: 100			
3. Área Temática:			
4. Área do Conhecimento: Grande Área 7, Ciências Humanas			
PESQUISADOR RESPONSÁVEL			
5. Nome: Paula Ribeiro de Souza			
6. CPF: 079.503.338-08	7. Endereço (Rua, n.º): DOM PEDRO II CENTRO n.º 95 CARATINGA, MINAS GERAIS 35300033		
8. Nacionalidade: BRASILEIRO	9. Telefone: (33) 8826-5661	10. Outro Telefone:	11. Email: paula_ribeiro@hotmail.com
<p>Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Tenho ciência que essa folha será anexada ao projeto devidamente assinada por todos os responsáveis e fará parte integrante da documentação do mesmo.</p>			
Data: <u>15, 05, 2018</u>		 Assinatura	
INSTITUIÇÃO PROPONENTE			
12. Nome: Fundação Educacional de Caratinga/ FUNEC - Centro Universitário de Caratinga/ UN		13. CNPJ:	14. Unidade/Orgão:
15. Telefone: (33) 3329-4555	16. Outro Telefone:		
<p>Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.</p>			
Responsável: <u>Eugênio Maria Gomes</u>		CPF: <u>755.768.057-04</u>	
Cargo/Função: <u>Prof. Titular</u>		 Assinatura	
Data: <u>15, 05, 2018</u>			
PATROCINADOR PRINCIPAL			
Não se aplica.			

ANEXOS

ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

FUNDAÇÃO EDUCACIONAL DE
CARATINGA/ FUNEC -
CENTRO UNIVERSITÁRIO DE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PROMESSAS RELIGIOSAS DA CURA PELA FÉ:

DESAFIOS DO PROFISSIONAL DA ÁREA

FARMACÊUTICA Pesquisador: Paula Ribeiro de Souza

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 90384218.7.0000.5114

Instituição Proponente: Fundação Educacional de Caratinga/ FUNEC - Centro Universitário de

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.684.019

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma pesquisa de campo, de caráter qualitativo e descritivo. A coleta de dados se dará através da realização de entrevistas a profissionais da área farmacêutica com experiência de atuação no campo dos serviços públicos de saúde.

Objetivo da Pesquisa:

Levantar os desafios enfrentados pelo profissional da área farmacêutica frente a não aceitação do paciente em relação à doença e a não adesão ao tratamento farmacológico, movidos por promessas religiosas de cura pela fé.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: não há riscos.

Benefícios: a identificação das principais dificuldades do profissional em relação a não aceitação do paciente à farmacologia que necessita por motivos de religiosidade/fé.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Considero a pesquisa relevante.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Considero adequados.

Endereço: Av. Moacir de Matos nº 271

Bairro: Centro

CEP: 35.300-047

UF: MG

Município: CARATINGA

Telefone: (33)3322-7900

Fax: (33)3322-7900

E-mail: vagner.unec@hotmail.com

ANEXO B - CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

FUNDAÇÃO EDUCACIONAL DE
CARATINGA FUNEC -
CENTRO UNIVERSITÁRIO DE



Continuação do Parecer: 2.684.019

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Considero a pesquisa adequada.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1132414.pdf	25/05/2018 17:11:06		Aceito
Outros	instrumento.pdf	25/05/2018 17:10:36	Paula Ribeiro de Souza	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	termo.pdf	25/05/2018 17:08:05	Paula Ribeiro de Souza	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.pdf	25/05/2018 17:07:51	Paula Ribeiro de Souza	Aceito
Folha de Rosto	00.pdf	25/05/2018 16:49:14	Paula Ribeiro de Souza	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CARATINGA, 30 de Maio de 2018

Assinado por:

Joaquim Felício Junior
(Coordenador)

Endereço: Av. Moacir de Matos nº 271

Bairro: Centro

CEP: 35.300-047

UF: MG

Município: CARATINGA

Telefone: (33)3322-7900

Fax: (33)3322-7900

E-mail: vagner.unec@hotmail.com

ANEXO C – QUESTIONÁRIOS RESPONDIDOS

PROMESSAS RELIGIOSAS DA CURA PELA FÉ: DESAFIOS DO PROFISSIONAL DA ÁREA FARMACÊUTICA

Meu nome é Paula Ribeiro de Souza, mestranda em Ciências das Religiões, estou realizando este trabalho com o objetivo de Levantar os desafios enfrentados pelo profissional da área farmacêutica frente a não aceitação do paciente diabético e hipertenso em relação à doença e a não adesão ao tratamento farmacológico, movidos por promessas religiosas de cura pela fé. Conto com sua colaboração!

Você aceita participar da pesquisa e autoriza o uso dos dados?

- Sim
 Não

Quantos anos você tem de exercício na profissão? *

8

Você ainda atua em serviço público de Saúde? *

- Sim
 Não

Já se deparou com pacientes portadores das doenças crônicas hipertensão arterial e diabetes mellitus que se recusaram a aderir ao tratamento farmacológico? *

- Sim
 Não
 Não me lembro

Dentre estes pacientes, consegue identificar algum que recusou o tratamento por questões de religiosidade/espiritualidade/fé? *

- Sim
 Não
 Não me lembro

Você tinha conhecimento que os pacientes eram membros de algum grupo religioso? *

- Sim
- Não
- Não me lembro

Se a resposta anterior for sim a qual grupo religioso ele pertencia?

- Católico
- Evangélico
- Kardecista
- OUTROS

Diante a religiosidade/espiritualidade/fé do paciente como justificativa para não adesão ao tratamento farmacológico, você como profissional do medicamento, se sentiu e se sente preparado para argumentar com este paciente? *

- Sim
- Não
- Parcialmente

Quais são as suas principais dificuldades no debate deste tema com o paciente religioso resistente? Relate alguma das suas experiências *

Pouco conhecimento e habilidade para lidar com esse tipo de situação

Durante sua formação acadêmica, em algum momento você teve orientações sobre como abordar assuntos como "religiosidade/espiritualidade/fé" dos pacientes? *

- Sim
- Não
- Não me lembro

Como você conduziu uma situação em que o paciente se recusou a tomar o medicamento, em função de que a religiosidade do mesmo oferece soluções mágicas, tais como cura e repreensão de doenças crônicas? *

- Ignorou a situação
- Insistiu
- Orientou que apesar do recurso espiritual o medicamento vai contribuir
- Entrou no debate religioso a fim de convencer o paciente

No atendimento deste paciente que recusa a farmacoterapia por questões religiosas, com a sua orientação farmacêutica você conseguiu convencê-lo de seguir o tratamento adequado? *

- Sim
- Não
- Parcialmente
- Tenho minhas dúvidas a respeito
- Nunca vivenciei este tipo de situação

Faculdade Unida de Vitória

PROMESSAS RELIGIOSAS DA CURA PELA FÉ: DESAFIOS DO PROFISSIONAL DA ÁREA FARMACÊUTICA

Meu nome é Paula Ribeiro de Souza, mestranda em Ciências das Religiões, estou realizando este trabalho com o objetivo de Levantar os desafios enfrentados pelo profissional da área farmacêutica frente a não aceitação do paciente diabético e hipertenso em relação à doença e a não adesão ao tratamento farmacológico, movidos por promessas religiosas de cura pela fé. Conto com sua colaboração!

Você aceita participar da pesquisa e autoriza o uso dos dados?

- Sim
 Não

Quantos anos você tem de exercício na profissão? *

7

Você ainda atua em serviço público de Saúde? *

- Sim
 Não

Já se deparou com pacientes portadores das doenças crônicas hipertensão arterial e diabetes mellitus que se recusaram a aderir ao tratamento farmacológico? *

- Sim
 Não
 Não me lembro

Dentre estes pacientes, consegue identificar algum que recusou o tratamento por questões de religiosidade/espiritualidade/fé? *

- Sim
 Não
 Não me lembro



Você tinha conhecimento que os pacientes eram membros de algum grupo religioso? *

- Sim
- Não
- Não me lembro

Se a resposta anterior for sim a qual grupo religioso ele pertencia?

- Católico
- Evangélico
- Kardecista
- OUTROS

Diante a religiosidade/espiritualidade/fé do paciente como justificativa para não adesão ao tratamento farmacológico, você como profissional do medicamento, se sentiu e se sente preparado para argumentar com este paciente? *

- Sim
- Não
- Parcialmente

Quais são as suas principais dificuldades no debate deste tema com o paciente religioso resistente? Relate alguma das suas experiências *

Paciente veio devolver a medicação, pois não precisava mais usar o medicamento afirmando que "reprendia a doença", ofereci informações técnicas e científicas ao mesmo que argumentou "se seu Deus não é capaz de curar o meu Deus é, e me curou"

Durante sua formação acadêmica, em algum momento você teve orientações sobre como abordar assuntos como "religiosidade/espiritualidade/fé" dos pacientes? *

- Sim
- Não
- Não me lembro

Como você conduziu uma situação em que o paciente se recusou a tomar o medicamento, em função de que a religiosidade do mesmo oferece soluções mágicas, tais como cura e repreensão de doenças crônicas? *

- Ignorou a situação
- Insistiu
- Orientou que apesar do recurso espiritual o medicamento vai contribuir
- Entrou no debate religioso a fim de convencer o paciente

No atendimento deste paciente que recusa a farmacoterapia por questões religiosas, com a sua orientação farmacêutica você conseguiu convencê-lo de seguir o tratamento adequado? *

- Sim
- Não
- Parcialmente
- Tenho minhas dúvidas a respeito
- Nunca vivenciei este tipo de situação

Faculdade Unida de Vitória

PROMESSAS RELIGIOSAS DA CURA PELA FÉ: DESAFIOS DO PROFISSIONAL DA ÁREA FARMACÊUTICA

Meu nome é Paula Ribeiro de Souza, mestranda em Ciências das Religiões, estou realizando este trabalho com o objetivo de Levantar os desafios enfrentados pelo profissional da área farmacêutica frente a não aceitação do paciente diabético e hipertenso em relação à doença e a não adesão ao tratamento farmacológico, movidos por promessas religiosas de cura pela fé.

Conto com sua colaboração!

Você aceita participar da pesquisa e autoriza o uso dos dados?

Sim

Não

Quantos anos você tem de exercício na profissão? *

9

Você ainda atua em serviço público de Saúde? *

Sim

Não

Já se deparou com pacientes portadores das doenças crônicas hipertensão arterial e diabetes mellitus que se recusaram a aderir ao tratamento farmacológico? *

Sim

Não

Não me lembro

Dentre estes pacientes, consegue identificar algum que recusou o tratamento por questões de religiosidade/espiritualidade/fé? *

Sim

Não

Não me lembro



Você tinha conhecimento que os pacientes eram membros de algum grupo religioso? *

- Sim
- Não
- Não me lembro

Se a resposta anterior for sim a qual grupo religioso ele pertencia?

- Católico
- Evangélico
- Kardecista
- OUTROS

Diante a religiosidade/espiritualidade/fé do paciente como justificativa para não adesão ao tratamento farmacológico, você como profissional do medicamento, se sentiu e se sente preparado para argumentar com este paciente? *

- Sim
- Não
- Parcialmente

Quais são as suas principais dificuldades no debate deste tema com o paciente religioso resistente? Relate alguma das suas experiências *

Quebrar os princípios do mesmo

.....

Durante sua formação acadêmica, em algum momento você teve orientações sobre como abordar assuntos como "religiosidade/espiritualidade/fé" dos pacientes? *

- Sim
- Não
- Não me lembro

Como você conduziu uma situação em que o paciente se recusou a tomar o medicamento, em função de que a religiosidade do mesmo oferece soluções mágicas, tais como cura e repreensão de doenças crônicas? *

- Ignorou a situação
- Insistiu
- Orientou que apesar do recurso espiritual o medicamento vai contribuir
- Entrou no debate religioso a fim de convencer o paciente

No atendimento deste paciente que recusa a farmacoterapia por questões religiosas, com a sua orientação farmacêutica você conseguiu convencê-lo de seguir o tratamento adequado? *

- Sim
- Não
- Parcialmente
- Tenho minhas dúvidas a respeito
- Nunca vivenciei este tipo de situação

Faculdade Unida de Vitória

PROMESSAS RELIGIOSAS DA CURA PELA FÉ: DESAFIOS DO PROFISSIONAL DA ÁREA FARMACÊUTICA

Meu nome é Paula Ribeiro de Souza, mestranda em Ciências das Religiões, estou realizando este trabalho com o objetivo de Levantar os desafios enfrentados pelo profissional da área farmacêutica frente a não aceitação do paciente diabético e hipertenso em relação à doença e a não adesão ao tratamento farmacológico, movidos por promessas religiosas de cura pela fé. Conto com sua colaboração!

Você aceita participar da pesquisa e autoriza o uso dos dados?

- Sim
- Não

Quantos anos você tem de exercício na profissão? *

1

Você ainda atua em serviço público de Saúde? *

- Sim
- Não

Já se deparou com pacientes portadores das doenças crônicas hipertensão arterial e diabetes mellitus que se recusaram a aderir ao tratamento farmacológico? *

- Sim
- Não
- Não me lembro

Dentre estes pacientes, consegue identificar algum que recusou o tratamento por questões de religiosidade/espiritualidade/fé? *

- Sim
- Não
- Não me lembro



Você tinha conhecimento que os pacientes eram membros de algum grupo religioso? *

- Sim
- Não
- Não me lembro

Se a resposta anterior for sim a qual grupo religioso ele pertencia?

- Católico
- Evangélico
- Kardecista
- OUTROS

Diante a religiosidade/espiritualidade/fé do paciente como justificativa para não adesão ao tratamento farmacológico, você como profissional do medicamento, se sentiu e se sente preparado para argumentar com este paciente? *

- Sim
- Não
- Parcialmente

Quais são as suas principais dificuldades no debate deste tema com o paciente religioso resistente? Relate alguma das suas experiências *

Falta de audição por parte do paciente me obrigando a falar muito alto.

Durante sua formação acadêmica, em algum momento você teve orientações sobre como abordar assuntos como "religiosidade/espiritualidade/fé" dos pacientes? *

- Sim
- Não
- Não me lembro

Como você conduziu uma situação em que o paciente se recusou a tomar o medicamento, em função de que a religiosidade do mesmo oferece soluções mágicas, tais como cura e repreensão de doenças crônicas? *

- Ignorou a situação
- Insistiu
- Orientou que apesar do recurso espiritual o medicamento vai contribuir
- Entrou no debate religioso a fim de convencer o paciente

No atendimento deste paciente que recusa a farmacoterapia por questões religiosas, com a sua orientação farmacêutica você conseguiu convencê-lo de seguir o tratamento adequado? *

- Sim
- Não
- Parcialmente
- Tenho minhas dúvidas a respeito
- Nunca vivenciei este tipo de situação

Faculdade Unida de Vitória



PROMESSAS RELIGIOSAS DA CURA PELA FÉ: DESAFIOS DO PROFISSIONAL DA ÁREA FARMACÊUTICA

Meu nome é Paula Ribeiro de Souza, mestranda em Ciências das Religiões, estou realizando este trabalho com o objetivo de Levantar os desafios enfrentados pelo profissional da área farmacêutica frente a não aceitação do paciente diabético e hipertenso em relação à doença e a não adesão ao tratamento farmacológico, movidos por promessas religiosas de cura pela fé.

Conto com sua colaboração!

Você aceita participar da pesquisa e autoriza o uso dos dados?

Sim

Não

Quantos anos você tem de exercício na profissão? *

2

Você ainda atua em serviço público de Saúde? *

Sim

Não

Já se deparou com pacientes portadores das doenças crônicas hipertensão arterial e diabetes mellitus que se recusaram a aderir ao tratamento farmacológico? *

Sim

Não

Não me lembro

Dentre estes pacientes, consegue identificar algum que recusou o tratamento por questões de religiosidade/espiritualidade/fé? *

Sim

Não

Não me lembro



Você tinha conhecimento que os pacientes eram membros de algum grupo religioso? *

- Sim
- Não
- Não me lembro

Se a resposta anterior for sim a qual grupo religioso ele pertencia?

- Católico
- Evangélico
- Kardecista
- OUTROS

Diante a religiosidade/espiritualidade/fé do paciente como justificativa para não adesão ao tratamento farmacológico, você como profissional do medicamento, se sentiu e se sente preparado para argumentar com este paciente? *

- Sim
- Não
- Parcialmente

Quais são as suas principais dificuldades no debate deste tema com o paciente religioso resistente? Relate alguma das suas experiências *

Não tive esta experiência

Durante sua formação acadêmica, em algum momento você teve orientações sobre como abordar assuntos como "religiosidade/espiritualidade/fé" dos pacientes? *

- Sim
- Não
- Não me lembro

Como você conduziu uma situação em que o paciente se recusou a tomar o medicamento, em função de que a religiosidade do mesmo oferece soluções mágicas, tais como cura e repreensão de doenças crônicas? *

- Ignorou a situação
- Insistiu
- Orientou que apesar do recurso espiritual o medicamento vai contribuir
- Entrou no debate religioso a fim de convencer o paciente

No atendimento deste paciente que recusa a farmacoterapia por questões religiosas, com a sua orientação farmacêutica você conseguiu convencê-lo de seguir o tratamento adequado? *

- Sim
- Não
- Parcialmente
- Tenho minhas dúvidas a respeito
- Nunca vivenciei este tipo de situação

Faculdade Unida de Vitória

PROMESSAS RELIGIOSAS DA CURA PELA FÉ: DESAFIOS DO PROFISSIONAL DA ÁREA FARMACÊUTICA

Meu nome é Paula Ribeiro de Souza, mestranda em Ciências das Religiões, estou realizando este trabalho com o objetivo de Levantar os desafios enfrentados pelo profissional da área farmacêutica frente a não aceitação do paciente diabético e hipertenso em relação à doença e a não adesão ao tratamento farmacológico, movidos por promessas religiosas de cura pela fé.

Conto com sua colaboração!

Você aceita participar da pesquisa e autoriza o uso dos dados?

Sim

Não

Quantos anos você tem de exercício na profissão? *

1

Você ainda atua em serviço público de Saúde? *

Sim

Não

Já se deparou com pacientes portadores das doenças crônicas hipertensão arterial e diabetes mellitus que se recusaram a aderir ao tratamento farmacológico? *

Sim

Não

Não me lembro

Dentre estes pacientes, consegue identificar algum que recusou o tratamento por questões de religiosidade/espiritualidade/fé? *

Sim

Não

Não me lembro



Você tinha conhecimento que os pacientes eram membros de algum grupo religioso? *

- Sim
- Não
- Não me lembro

Se a resposta anterior for sim a qual grupo religioso ele pertencia?

- Católico
- Evangélico
- Kardecista
- OUTROS

Diante a religiosidade/espiritualidade/fé do paciente como justificativa para não adesão ao tratamento farmacológico, você como profissional do medicamento, se sentiu e se sente preparado para argumentar com este paciente? *

- Sim
- Não
- Parcialmente

Quais são as suas principais dificuldades no debate deste tema com o paciente religioso resistente? Relate alguma das suas experiências *

A resistência do paciente em aceitar novos conceitos.
.....

Durante sua formação acadêmica, em algum momento você teve orientações sobre como abordar assuntos como "religiosidade/espiritualidade/fé" dos pacientes? *

- Sim
- Não
- Não me lembro

Como você conduziu uma situação em que o paciente se recusou a tomar o medicamento, em função de que a religiosidade do mesmo oferece soluções mágicas, tais como cura e repreensão de doenças crônicas? *

- Ignorou a situação
- Insistiu
- Orientou que apesar do recurso espiritual o medicamento vai contribuir
- Entrou no debate religioso a fim de convencer o paciente

No atendimento deste paciente que recusa a farmacoterapia por questões religiosas, com a sua orientação farmacêutica você conseguiu convencê-lo de seguir o tratamento adequado? *

- Sim
- Não
- Parcialmente
- Tenho minhas dúvidas a respeito
- Nunca vivenciei este tipo de situação

Faculdade Unida de Vitória

PROMESSAS RELIGIOSAS DA CURA PELA FÉ: DESAFIOS DO PROFISSIONAL DA ÁREA FARMACÊUTICA

Meu nome é Paula Ribeiro de Souza, mestranda em Ciências das Religiões, estou realizando este trabalho com o objetivo de Levantar os desafios enfrentados pelo profissional da área farmacêutica frente a não aceitação do paciente diabético e hipertenso em relação à doença e a não adesão ao tratamento farmacológico, movidos por promessas religiosas de cura pela fé. Conto com sua colaboração!

Você aceita participar da pesquisa e autoriza o uso dos dados?

- Sim
 Não

Quantos anos você tem de exercício na profissão? *

8

Você ainda atua em serviço público de Saúde? *

- Sim
 Não

Já se deparou com pacientes portadores das doenças crônicas hipertensão arterial e diabetes mellitus que se recusaram a aderir ao tratamento farmacológico? *

- Sim
 Não
 Não me lembro

Dentre estes pacientes, consegue identificar algum que recusou o tratamento por questões de religiosidade/espiritualidade/fé? *

- Sim
 Não
 Não me lembro



Você tinha conhecimento que os pacientes eram membros de algum grupo religioso? *

- Sim
- Não
- Não me lembro

Se a resposta anterior for sim a qual grupo religioso ele pertencia?

- Católico
- Evangélico
- Kardecista
- OUTROS

Diante a religiosidade/espiritualidade/fé do paciente como justificativa para não adesão ao tratamento farmacológico, você como profissional do medicamento, se sentiu e se sente preparado para argumentar com este paciente? *

- Sim
- Não
- Parcialmente

Quais são as suas principais dificuldades no debate deste tema com o paciente religioso resistente? Relate alguma das suas experiências *

A dificuldade maior se representa pelo fato de querer convencer o paciente de que o que ele acredita para viver(fé/religiosidade) TALVEZ não resolva seu problema.

Durante sua formação acadêmica, em algum momento você teve orientações sobre como abordar assuntos como "religiosidade/espiritualidade/fé" dos pacientes? *

- Sim
- Não
- Não me lembro

Como você conduziu uma situação em que o paciente se recusou a tomar o medicamento, em função de que a religiosidade do mesmo oferece soluções mágicas, tais como cura e repreensão de doenças crônicas? *

- Ignorou a situação
- Insistiu
- Orientou que apesar do recurso espiritual o medicamento vai contribuir
- Entrou no debate religioso a fim de convencer o paciente

No atendimento deste paciente que recusa a farmacoterapia por questões religiosas, com a sua orientação farmacêutica você conseguiu convencê-lo de seguir o tratamento adequado? *

- Sim
- Não
- Parcialmente
- Tenho minhas dúvidas a respeito
- Nunca vivenciei este tipo de situação



Faculdade Unida de Vitória

PROMESSAS RELIGIOSAS DA CURA PELA FÉ: DESAFIOS DO PROFISSIONAL DA ÁREA FARMACÊUTICA

Meu nome é Paula Ribeiro de Souza, mestranda em Ciências das Religiões, estou realizando este trabalho com o objetivo de Levantar os desafios enfrentados pelo profissional da área farmacêutica frente a não aceitação do paciente diabético e hipertenso em relação à doença e a não adesão ao tratamento farmacológico, movidos por promessas religiosas de cura pela fé. Conto com sua colaboração!

Você aceita participar da pesquisa e autoriza o uso dos dados?

- Sim
- Não

Quantos anos você tem de exercício na profissão? *

9

Você ainda atua em serviço público de Saúde? *

- Sim
- Não

Já se deparou com pacientes portadores das doenças crônicas hipertensão arterial e diabetes mellitus que se recusaram a aderir ao tratamento farmacológico? *

- Sim
- Não
- Não me lembro

Dentre estes pacientes, consegue identificar algum que recusou o tratamento por questões de religiosidade/espiritualidade/fé? *

- Sim
- Não
- Não me lembro



Você tinha conhecimento que os pacientes eram membros de algum grupo religioso? *

- Sim
- Não
- Não me lembro

Se a resposta anterior for sim a qual grupo religioso ele pertencia?

- Católico
- Evangélico
- Kardecista
- OUTROS

Diante a religiosidade/espiritualidade/fé do paciente como justificativa para não adesão ao tratamento farmacológico, você como profissional do medicamento, se sentiu e se sente preparado para argumentar com este paciente? *

- Sim
- Não
- Parcialmente

Quais são as suas principais dificuldades no debate deste tema com o paciente religioso resistente? Relate alguma das suas experiências *

Considero paciente rebelde e sem perspectiva de vida.

Durante sua formação acadêmica, em algum momento você teve orientações sobre como abordar assuntos como "religiosidade/espiritualidade/fé" dos pacientes? *

- Sim
- Não
- Não me lembro

Como você conduziu uma situação em que o paciente se recusou a tomar o medicamento, em função de que a religiosidade do mesmo oferece soluções mágicas, tais como cura e repreensão de doenças crônicas? *

- Ignorou a situação
- Insistiu
- Orientou que apesar do recurso espiritual o medicamento vai contribuir
- Entrou no debate religioso a fim de convencer o paciente

No atendimento deste paciente que recusa a farmacoterapia por questões religiosas, com a sua orientação farmacêutica você conseguiu convencê-lo de seguir o tratamento adequado? *

- Sim
- Não
- Parcialmente
- Tenho minhas dúvidas a respeito
- Nunca vivenciei este tipo de situação


Faculdade Unida de Vitória

PROMESSAS RELIGIOSAS DA CURA PELA FÉ: DESAFIOS DO PROFISSIONAL DA ÁREA FARMACÊUTICA

Meu nome é Paula Ribeiro de Souza, mestranda em Ciências das Religiões, estou realizando este trabalho com o objetivo de Levantar os desafios enfrentados pelo profissional da área farmacêutica frente a não aceitação do paciente diabético e hipertenso em relação à doença e a não adesão ao tratamento farmacológico, movidos por promessas religiosas de cura pela fé.
Conto com sua colaboração!

Você aceita participar da pesquisa e autoriza o uso dos dados?

- Sim
- Não

Quantos anos você tem de exercício na profissão? *

9

Você ainda atua em serviço público de Saúde? *

- Sim
- Não

Já se deparou com pacientes portadores das doenças crônicas hipertensão arterial e diabetes mellitus que se recusaram a aderir ao tratamento farmacológico? *

- Sim
- Não
- Não me lembro

Dentre estes pacientes, consegue identificar algum que recusou o tratamento por questões de religiosidade/espiritualidade/fé? *

- Sim
- Não
- Não me lembro



Você tinha conhecimento que os pacientes eram membros de algum grupo religioso? *

- Sim
- Não
- Não me lembro

Se a resposta anterior for sim a qual grupo religioso ele pertencia?

- Católico
- Evangélico
- Kardecista
- OUTROS

Diante a religiosidade/espiritualidade/fé do paciente como justificativa para não adesão ao tratamento farmacológico, você como profissional do medicamento, se sentiu e se sente preparado para argumentar com este paciente? *

- Sim
- Não
- Parcialmente

Quais são as suas principais dificuldades no debate deste tema com o paciente religioso resistente? Relate alguma das suas experiências *

A maior dificuldade é quando o paciente só consegue enxergar a cura através da religião. Colocando o tratamento farmacológico muita das vezes, como uma opção nada relevante.

Durante sua formação acadêmica, em algum momento você teve orientações sobre como abordar assuntos como "religiosidade/espiritualidade/fé" dos pacientes? *

- Sim
- Não
- Não me lembro

Como você conduziu uma situação em que o paciente se recusou a tomar o medicamento, em função de que a religiosidade do mesmo oferece soluções mágicas, tais como cura e repreensão de doenças crônicas? *

- Ignorou a situação
- Insistiu
- Orientou que apesar do recurso espiritual o medicamento vai contribuir
- Entrou no debate religioso a fim de convencer o paciente

No atendimento deste paciente que recusa a farmacoterapia por questões religiosas, com a sua orientação farmacêutica você conseguiu convencê-lo de seguir o tratamento adequado? *

- Sim
- Não
- Parcialmente
- Tenho minhas dúvidas a respeito
- Nunca vivenciei este tipo de situação

Faculdade Unida de Vitória

PROMESSAS RELIGIOSAS DA CURA PELA FÉ: DESAFIOS DO PROFISSIONAL DA ÁREA FARMACÊUTICA

Meu nome é Paula Ribeiro de Souza, mestranda em Ciências das Religiões, estou realizando este trabalho com o objetivo de Levantar os desafios enfrentados pelo profissional da área farmacêutica frente a não aceitação do paciente diabético e hipertenso em relação à doença e a não adesão ao tratamento farmacológico, movidos por promessas religiosas de cura pela fé.
Conto com sua colaboração!

Você aceita participar da pesquisa e autoriza o uso dos dados?

- Sim
- Não

Quantos anos você tem de exercício na profissão? *

7

Você ainda atua em serviço público de Saúde? *

- Sim
- Não

Já se deparou com pacientes portadores das doenças crônicas hipertensão arterial e diabetes mellitus que se recusaram a aderir ao tratamento farmacológico? *

- Sim
- Não
- Não me lembro

Dentre estes pacientes, consegue identificar algum que recusou o tratamento por questões de religiosidade/espiritualidade/fé? *

- Sim
- Não
- Não me lembro



Você tinha conhecimento que os pacientes eram membros de algum grupo religioso? *

- Sim
- Não
- Não me lembro

Se a resposta anterior for sim a qual grupo religioso ele pertencia?

- Católico
- Evangélico
- Kardecista
- OUTROS

Diante a religiosidade/espiritualidade/fé do paciente como justificativa para não adesão ao tratamento farmacológico, você como profissional do medicamento, se sentiu e se sente preparado para argumentar com este paciente? *

- Sim
- Não
- Parcialmente

Quais são as suas principais dificuldades no debate deste tema com o paciente religioso resistente? Relate alguma das suas experiências *

A questão da dosagem da terapia não medicamentosa.

.....

Durante sua formação acadêmica, em algum momento você teve orientações sobre como abordar assuntos como "religiosidade/espiritualidade/fé" dos pacientes? *

- Sim
- Não
- Não me lembro



Como você conduziu uma situação em que o paciente se recusou a tomar o medicamento, em função de que a religiosidade do mesmo oferece soluções mágicas, tais como cura e repreensão de doenças crônicas? *

- Ignorou a situação
- Insistiu
- Orientou que apesar do recurso espiritual o medicamento vai contribuir
- Entrou no debate religioso a fim de convencer o paciente

No atendimento deste paciente que recusa a farmacoterapia por questões religiosas, com a sua orientação farmacêutica você conseguiu convencê-lo de seguir o tratamento adequado? *

- Sim
- Não
- Parcialmente
- Tenho minhas dúvidas a respeito
- Nunca vivenciei este tipo de situação

Faculdade Unida de Vitória

PROMESSAS RELIGIOSAS DA CURA PELA FÉ: DESAFIOS DO PROFISSIONAL DA ÁREA FARMACÊUTICA

Meu nome é Paula Ribeiro de Souza, mestranda em Ciências das Religiões, estou realizando este trabalho com o objetivo de Levantar os desafios enfrentados pelo profissional da área farmacêutica frente a não aceitação do paciente diabético e hipertenso em relação à doença e a não adesão ao tratamento farmacológico, movidos por promessas religiosas de cura pela fé. Conto com sua colaboração!

Você aceita participar da pesquisa e autoriza o uso dos dados?

- Sim
- Não

Quantos anos você tem de exercício na profissão? *

12

Você ainda atua em serviço público de Saúde? *

- Sim
- Não

Já se deparou com pacientes portadores das doenças crônicas hipertensão arterial e diabetes mellitus que se recusaram a aderir ao tratamento farmacológico? *

- Sim
- Não
- Não me lembro

Dentre estes pacientes, consegue identificar algum que recusou o tratamento por questões de religiosidade/espiritualidade/fé? *

- Sim
- Não
- Não me lembro



Você tinha conhecimento que os pacientes eram membros de algum grupo religioso? *

- Sim
- Não
- Não me lembro

Se a resposta anterior for sim a qual grupo religioso ele pertencia?

- Católico
- Evangélico
- Kardecista
- OUTROS

Diante a religiosidade/espiritualidade/fé do paciente como justificativa para não adesão ao tratamento farmacológico, você como profissional do medicamento, se sentiu e se sente preparado para argumentar com este paciente? *

- Sim
- Não
- Parcialmente

Quais são as suas principais dificuldades no debate deste tema com o paciente religioso resistente? Relate alguma das suas experiências *

É difícil, porque o paciente não acredita na medicina, nos medicamentos, somente na fé espiritual. Já tive contato sim com pessoas abtoladas somente com religião e pararam de tomar os medicamentos de hipertensão e diabetes.

Durante sua formação acadêmica, em algum momento você teve orientações sobre como abordar assuntos como "religiosidade/espiritualidade/fé" dos pacientes? *

- Sim
- Não
- Não me lembro

Como você conduziu uma situação em que o paciente se recusou a tomar o medicamento, em função de que a religiosidade do mesmo oferece soluções mágicas, tais como cura e repreensão de doenças crônicas? *

- Ignorou a situação
- Insistiu
- Orientou que apesar do recurso espiritual o medicamento vai contribuir
- Entrou no debate religioso a fim de convencer o paciente

No atendimento deste paciente que recusa a farmacoterapia por questões religiosas, com a sua orientação farmacêutica você conseguiu convencê-lo de seguir o tratamento adequado? *

- Sim
- Não
- Parcialmente
- Tenho minhas dúvidas a respeito
- Nunca vivenciei este tipo de situação


Faculdade Unida de Vitória

PROMESSAS RELIGIOSAS DA CURA PELA FÉ: DESAFIOS DO PROFISSIONAL DA ÁREA FARMACÊUTICA

Meu nome é Paula Ribeiro de Souza, mestranda em Ciências das Religiões, estou realizando este trabalho com o objetivo de Levantar os desafios enfrentados pelo profissional da área farmacêutica frente a não aceitação do paciente diabético e hipertenso em relação à doença e a não adesão ao tratamento farmacológico, movidos por promessas religiosas de cura pela fé. Conto com sua colaboração!

Você aceita participar da pesquisa e autoriza o uso dos dados?

Sim

Não

Quantos anos você tem de exercício na profissão? *

6

Você ainda atua em serviço público de Saúde? *

Sim

Não

Já se deparou com pacientes portadores das doenças crônicas hipertensão arterial e diabetes mellitus que se recusaram a aderir ao tratamento farmacológico? *

Sim

Não

Não me lembro

Dentre estes pacientes, consegue identificar algum que recusou o tratamento por questões de religiosidade/espiritualidade/fé? *

Sim

Não

Não me lembro



Você tinha conhecimento que os pacientes eram membros de algum grupo religioso? *

- Sim
- Não
- Não me lembro

Se a resposta anterior for sim a qual grupo religioso ele pertencia?

- Católico
- Evangélico
- Kardecista
- OUTROS

Diante a religiosidade/espiritualidade/fé do paciente como justificativa para não adesão ao tratamento farmacológico, você como profissional do medicamento, se sentiu e se sente preparado para argumentar com este paciente? *

- Sim
- Não
- Parcialmente

Quais são as suas principais dificuldades no debate deste tema com o paciente religioso resistente? Relate alguma das suas experiências *

Temos, conversar, com o paciente, de maneira, que aceitamos seja qual for a religião que ele segue, porém, explicarmos, da importância, também das orientações dos profissionais de saúde.

.....

Durante sua formação acadêmica, em algum momento você teve orientações sobre como abordar assuntos como "religiosidade/espiritualidade/fé" dos pacientes? *

- Sim
- Não
- Não me lembro

Como você conduziu uma situação em que o paciente se recusou a tomar o medicamento, em função de que a religiosidade do mesmo oferece soluções mágicas, tais como cura e repreensão de doenças crônicas? *

- Ignorou a situação
- Insistiu
- Orientou que apesar do recurso espiritual o medicamento vai contribuir
- Entrou no debate religioso a fim de convencer o paciente

No atendimento deste paciente que recusa a farmacoterapia por questões religiosas, com a sua orientação farmacêutica você conseguiu convencê-lo de seguir o tratamento adequado? *

- Sim
- Não
- Parcialmente
- Tenho minhas dúvidas a respeito
- Nunca vivenciei este tipo de situação

Faculdade Unida de Vitória

PROMESSAS RELIGIOSAS DA CURA PELA FÉ: DESAFIOS DO PROFISSIONAL DA ÁREA FARMACÊUTICA

Meu nome é Paula Ribeiro de Souza, mestranda em Ciências das Religiões, estou realizando este trabalho com o objetivo de Levantar os desafios enfrentados pelo profissional da área farmacêutica frente a não aceitação do paciente diabético e hipertenso em relação à doença e a não adesão ao tratamento farmacológico, movidos por promessas religiosas de cura pela fé.

Conto com sua colaboração!

Você aceita participar da pesquisa e autoriza o uso dos dados?

Sim

Não

Quantos anos você tem de exercício na profissão? *

10

Você ainda atua em serviço público de Saúde? *

Sim

Não

Já se deparou com pacientes portadores das doenças crônicas hipertensão arterial e diabetes mellitus que se recusaram a aderir ao tratamento farmacológico? *

Sim

Não

Não me lembro

Dentre estes pacientes, consegue identificar algum que recusou o tratamento por questões de religiosidade/espiritualidade/fé? *

Sim

Não

Não me lembro



Você tinha conhecimento que os pacientes eram membros de algum grupo religioso? *

- Sim
- Não
- Não me lembro

Se a resposta anterior for sim a qual grupo religioso ele pertencia?

- Católico
- Evangélico
- Kardecista
- OUTROS

Diante a religiosidade/espiritualidade/fé do paciente como justificativa para não adesão ao tratamento farmacológico, você como profissional do medicamento, se sentiu e se sente preparado para argumentar com este paciente? *

- Sim
- Não
- Parcialmente

Quais são as suas principais dificuldades no debate deste tema com o paciente religioso resistente? Relate alguma das suas experiências *

Não vivenciei nenhuma situação.

.....

Durante sua formação acadêmica, em algum momento você teve orientações sobre como abordar assuntos como "religiosidade/espiritualidade/fé" dos pacientes? *

- Sim
- Não
- Não me lembro

Como você conduziu uma situação em que o paciente se recusou a tomar o medicamento, em função de que a religiosidade do mesmo oferece soluções mágicas, tais como cura e repreensão de doenças crônicas? *

- Ignorou a situação
- Insistiu
- Orientou que apesar do recurso espiritual o medicamento vai contribuir
- Entrou no debate religioso a fim de convencer o paciente

No atendimento deste paciente que recusa a farmacoterapia por questões religiosas, com a sua orientação farmacêutica você conseguiu convencê-lo de seguir o tratamento adequado? *

- Sim
- Não
- Parcialmente
- Tenho minhas dúvidas a respeito
- Nunca vivenciei este tipo de situação

Faculdade Unida de Vitória

PROMESSAS RELIGIOSAS DA CURA PELA FÉ: DESAFIOS DO PROFISSIONAL DA ÁREA FARMACÊUTICA

Meu nome é Paula Ribeiro de Souza, mestranda em Ciências das Religiões, estou realizando este trabalho com o objetivo de Levantar os desafios enfrentados pelo profissional da área farmacêutica frente a não aceitação do paciente diabético e hipertenso em relação à doença e a não adesão ao tratamento farmacológico, movidos por promessas religiosas de cura pela fé. Conto com sua colaboração!

Você aceita participar da pesquisa e autoriza o uso dos dados?

- Sim
- Não

Quantos anos você tem de exercício na profissão? *

15

Você ainda atua em serviço público de Saúde? *

- Sim
- Não

Já se deparou com pacientes portadores das doenças crônicas hipertensão arterial e diabetes mellitus que se recusaram a aderir ao tratamento farmacológico? *

- Sim
- Não
- Não me lembro

Dentre estes pacientes, consegue identificar algum que recusou o tratamento por questões de religiosidade/espiritualidade/fé? *

- Sim
- Não
- Não me lembro



Você tinha conhecimento que os pacientes eram membros de algum grupo religioso? *

- Sim
- Não
- Não me lembro

Se a resposta anterior for sim a qual grupo religioso ele pertencia?

- Católico
- Evangélico
- Kardecista
- OUTROS

Diante a religiosidade/espiritualidade/fé do paciente como justificativa para não adesão ao tratamento farmacológico, você como profissional do medicamento, se sentiu e se sente preparado para argumentar com este paciente? *

- Sim
- Não
- Parcialmente

Quais são as suas principais dificuldades no debate deste tema com o paciente religioso resistente? Relate alguma das suas experiências *

Como no momento, eles estão bem de saúde. O argumento é que não é necessário medicação.

Durante sua formação acadêmica, em algum momento você teve orientações sobre como abordar assuntos como "religiosidade/espiritualidade/fé" dos pacientes? *

- Sim
- Não
- Não me lembro

Como você conduziu uma situação em que o paciente se recusou a tomar o medicamento, em função de que a religiosidade do mesmo oferece soluções mágicas, tais como cura e repreensão de doenças crônicas? *

- Ignorou a situação
- Insistiu
- Orientou que apesar do recurso espiritual o medicamento vai contribuir
- Entrou no debate religioso a fim de convencer o paciente

No atendimento deste paciente que recusa a farmacoterapia por questões religiosas, com a sua orientação farmacêutica você conseguiu convencê-lo de seguir o tratamento adequado? *

- Sim
- Não
- Parcialmente
- Tenho minhas dúvidas a respeito
- Nunca vivenciei este tipo de situação



F U V
Faculdade Unida de Vitória

PROMESSAS RELIGIOSAS DA CURA PELA FÉ: DESAFIOS DO PROFISSIONAL DA ÁREA FARMACÊUTICA

Meu nome é Paula Ribeiro de Souza, mestranda em Ciências das Religiões, estou realizando este trabalho com o objetivo de Levantar os desafios enfrentados pelo profissional da área farmacêutica frente a não aceitação do paciente diabético e hipertenso em relação à doença e a não adesão ao tratamento farmacológico, movidos por promessas religiosas de cura pela fé. Conto com sua colaboração!

Você aceita participar da pesquisa e autoriza o uso dos dados?

- Sim
- Não

Quantos anos você tem de exercício na profissão? *

15

Você ainda atua em serviço público de Saúde? *

- Sim
- Não

Já se deparou com pacientes portadores das doenças crônicas hipertensão arterial e diabetes mellitus que se recusaram a aderir ao tratamento farmacológico? *

- Sim
- Não

Dentre estes pacientes, consegue identificar algum que recusou o tratamento por questões de religiosidade/espiritualidade/fé? *

- Sim
- Não
- Não me lembro



Você tinha conhecimento que os pacientes eram membros de algum grupo religioso? *

- Sim
- Não
- Não me lembro

Se a resposta anterior for sim a qual grupo religioso ele pertencia?

- Católico
- Evangélico
- Kardecista
- OUTROS

Diante a religiosidade/espiritualidade/fé do paciente como justificativa para não adesão ao tratamento farmacológico, você como profissional do medicamento, se sentiu e se sente preparado para argumentar com este paciente? *

- Sim
- Não
- Parcialmente

Quais são as suas principais dificuldades no debate deste tema com o paciente religioso resistente? Relate alguma das suas experiências *

Disponibilidade de tempo e espaço adequado

.....

Durante sua formação acadêmica, em algum momento você teve orientações sobre como abordar assuntos como "religiosidade/espiritualidade/fé" dos pacientes? *

- Sim
- Não
- Não me lembro

Como você conduziu uma situação em que o paciente se recusou a tomar o medicamento, em função de que a religiosidade do mesmo oferece soluções mágicas, tais como cura e repreensão de doenças crônicas? *

- Ignorou a situação
- Insistiu
- Orientou que apesar do recurso espiritual o medicamento vai contribuir
- Entrou no debate religioso a fim de convencer o paciente

No atendimento deste paciente que recusa a farmacoterapia por questões religiosas, com a sua orientação farmacêutica você conseguiu convencê-lo de seguir o tratamento adequado? *

- Sim
- Não
- Parcialmente
- Tenho minhas dúvidas a respeito
- Nunca vivenciei este tipo de situação

Faculdade Unida de Vitória

PROMESSAS RELIGIOSAS DA CURA PELA FÉ: DESAFIOS DO PROFISSIONAL DA ÁREA FARMACÊUTICA

Meu nome é Paula Ribeiro de Souza, mestranda em Ciências das Religiões, estou realizando este trabalho com o objetivo de Levantar os desafios enfrentados pelo profissional da área farmacêutica frente a não aceitação do paciente diabético e hipertenso em relação à doença e a não adesão ao tratamento farmacológico, movidos por promessas religiosas de cura pela fé.

Conto com sua colaboração!

Você aceita participar da pesquisa e autoriza o uso dos dados?

Sim

Não

Quantos anos você tem de exercício na profissão? *

9

Você ainda atua em serviço público de Saúde? *

Sim

Não

Já se deparou com pacientes portadores das doenças crônicas hipertensão arterial e diabetes mellitus que se recusaram a aderir ao tratamento farmacológico? *

Sim

Não

Não me lembro

Dentre estes pacientes, consegue identificar algum que recusou o tratamento por questões de religiosidade/espiritualidade/fé? *

Sim

Não

Não me lembro



Você tinha conhecimento que os pacientes eram membros de algum grupo religioso? *

- Sim
- Não
- Não me lembro

Se a resposta anterior for sim a qual grupo religioso ele pertencia?

- Católico
- Evangélico
- Kardecista
- OUTROS

Diante a religiosidade/espiritualidade/fé do paciente como justificativa para não adesão ao tratamento farmacológico, você como profissional do medicamento, se sentiu e se sente preparado para argumentar com este paciente? *

- Sim
- Não
- Parcialmente

Quais são as suas principais dificuldades no debate deste tema com o paciente religioso resistente? Relate alguma das suas experiências *

Fazer paciente distinguir a ciência e a fé

.....

Durante sua formação acadêmica, em algum momento você teve orientações sobre como abordar assuntos como "religiosidade/espiritualidade/fé" dos pacientes? *

- Sim
- Não
- Não me lembro

Como você conduziu uma situação em que o paciente se recusou a tomar o medicamento, em função de que a religiosidade do mesmo oferece soluções mágicas, tais como cura e repreensão de doenças crônicas? *

- Ignorou a situação
- Insistiu
- Orientou que apesar do recurso espiritual o medicamento vai contribuir
- Entrou no debate religioso a fim de convencer o paciente

No atendimento deste paciente que recusa a farmacoterapia por questões religiosas, com a sua orientação farmacêutica você conseguiu convencê-lo de seguir o tratamento adequado? *

- Sim
- Não
- Parcialmente
- Tenho minhas dúvidas a respeito
- Nunca vivenciei este tipo de situação

Faculdade Unida de Vitória

PROMESSAS RELIGIOSAS DA CURA PELA FÉ: DESAFIOS DO PROFISSIONAL DA ÁREA FARMACÊUTICA

Meu nome é Paula Ribeiro de Souza, mestranda em Ciências das Religiões, estou realizando este trabalho com o objetivo de Levantar os desafios enfrentados pelo profissional da área farmacêutica frente a não aceitação do paciente diabético e hipertenso em relação à doença e a não adesão ao tratamento farmacológico, movidos por promessas religiosas de cura pela fé.

Conto com sua colaboração!

Você aceita participar da pesquisa e autoriza o uso dos dados?

Sim

Não

Quantos anos você tem de exercício na profissão? *

10

Você ainda atua em serviço público de Saúde? *

Sim

Não

Já se deparou com pacientes portadores das doenças crônicas hipertensão arterial e diabetes mellitus que se recusaram a aderir ao tratamento farmacológico? *

Sim

Não

Não me lembro

Dentre estes pacientes, consegue identificar algum que recusou o tratamento por questões de religiosidade/espiritualidade/fé? *

Sim

Não

Não me lembro



Você tinha conhecimento que os pacientes eram membros de algum grupo religioso? *

- Sim
- Não
- Não me lembro

Se a resposta anterior for sim a qual grupo religioso ele pertencia?

- Católico
- Evangélico
- Kardecista
- OUTROS

Diante a religiosidade/espiritualidade/fé do paciente como justificativa para não adesão ao tratamento farmacológico, você como profissional do medicamento, se sentiu e se sente preparado para argumentar com este paciente? *

- Sim
- Não
- Parcialmente

Quais são as suas principais dificuldades no debate deste tema com o paciente religioso resistente? Relate alguma das suas experiências *

A dificuldade consiste na confiança que temos construir neste debate

Durante sua formação acadêmica, em algum momento você teve orientações sobre como abordar assuntos como "religiosidade/espiritualidade/fé" dos pacientes? *

- Sim
- Não
- Não me lembro

Como você conduziu uma situação em que o paciente se recusou a tomar o medicamento, em função de que a religiosidade do mesmo oferece soluções mágicas, tais como cura e repreensão de doenças crônicas? *

- Ignorou a situação
- Insistiu
- Orientou que apesar do recurso espiritual o medicamento vai contribuir
- Entrou no debate religioso a fim de convencer o paciente

No atendimento deste paciente que recusa a farmacoterapia por questões religiosas, com a sua orientação farmacêutica você conseguiu convencê-lo de seguir o tratamento adequado? *

- Sim
- Não
- Parcialmente
- Tenho minhas dúvidas a respeito
- Nunca vivenciei este tipo de situação


Faculdade Unida de Vitória

PROMESSAS RELIGIOSAS DA CURA PELA FÉ: DESAFIOS DO PROFISSIONAL DA ÁREA FARMACÊUTICA

Meu nome é Paula Ribeiro de Souza, mestranda em Ciências das Religiões, estou realizando este trabalho com o objetivo de Levantar os desafios enfrentados pelo profissional da área farmacêutica frente a não aceitação do paciente diabético e hipertenso em relação à doença e a não adesão ao tratamento farmacológico, movidos por promessas religiosas de cura pela fé.
Conto com sua colaboração!

Você aceita participar da pesquisa e autoriza o uso dos dados?

- Sim
 Não

Quantos anos você tem de exercício na profissão? *

5

Você ainda atua em serviço público de Saúde? *

- Sim
 Não

Já se deparou com pacientes portadores das doenças crônicas hipertensão arterial e diabetes mellitus que se recusaram a aderir ao tratamento farmacológico? *

- Sim
 Não
 Não me lembro

Dentre estes pacientes, consegue identificar algum que recusou o tratamento por questões de religiosidade/espiritualidade/fé? *

- Sim
 Não
 Não me lembro



Você tinha conhecimento que os pacientes eram membros de algum grupo religioso? *

- Sim
- Não
- Não me lembro

Se a resposta anterior for sim a qual grupo religioso ele pertencia?

- Católico
- Evangélico
- Kardecista
- OUTROS

Diante a religiosidade/espiritualidade/fé do paciente como justificativa para não adesão ao tratamento farmacológico, você como profissional do medicamento, se sentiu e se sente preparado para argumentar com este paciente? *

- Sim
- Não
- Parcialmente

Quais são as suas principais dificuldades no debate deste tema com o paciente religioso resistente? Relate alguma das suas experiências *

Não são todas as pessoas que aceitam bem o debate sobre religião

Durante sua formação acadêmica, em algum momento você teve orientações sobre como abordar assuntos como "religiosidade/espiritualidade/fé" dos pacientes? *

- Sim
- Não
- Não me lembro

Como você conduziu uma situação em que o paciente se recusou a tomar o medicamento, em função de que a religiosidade do mesmo oferece soluções mágicas, tais como cura e repreensão de doenças crônicas? *

- Ignorou a situação
- Insistiu
- Orientou que apesar do recurso espiritual o medicamento vai contribuir
- Entrou no debate religioso a fim de convencer o paciente

No atendimento deste paciente que recusa a farmacoterapia por questões religiosas, com a sua orientação farmacêutica você conseguiu convencê-lo de seguir o tratamento adequado? *

- Sim
- Não
- Parcialmente
- Tenho minhas dúvidas a respeito
- Nunca vivenciei este tipo de situação

Faculdade Unida de Vitória

PROMESSAS RELIGIOSAS DA CURA PELA FÉ: DESAFIOS DO PROFISSIONAL DA ÁREA FARMACÊUTICA

Meu nome é Paula Ribeiro de Souza, mestranda em Ciências das Religiões, estou realizando este trabalho com o objetivo de Levantar os desafios enfrentados pelo profissional da área farmacêutica frente a não aceitação do paciente diabético e hipertenso em relação à doença e a não adesão ao tratamento farmacológico, movidos por promessas religiosas de cura pela fé.
Conto com sua colaboração!

Você aceita participar da pesquisa e autoriza o uso dos dados?

Sim

Não

Quantos anos você tem de exercício na profissão? *

6

Você ainda atua em serviço público de Saúde? *

Sim

Não

Já se deparou com pacientes portadores das doenças crônicas hipertensão arterial e diabetes mellitus que se recusaram a aderir ao tratamento farmacológico? *

Sim

Não

Não me lembro

Dentre estes pacientes, consegue identificar algum que recusou o tratamento por questões de religiosidade/espiritualidade/fé? *

Sim

Não

Não me lembro



Você tinha conhecimento que os pacientes eram membros de algum grupo religioso? *

- Sim
- Não
- Não me lembro

Se a resposta anterior for sim a qual grupo religioso ele pertencia?

- Católico
- Evangélico
- Kardecista
- OUTROS

Diante a religiosidade/espiritualidade/fé do paciente como justificativa para não adesão ao tratamento farmacológico, você como profissional do medicamento, se sentiu e se sente preparado para argumentar com este paciente? *

- Sim
- Não
- Parcialmente

Quais são as suas principais dificuldades no debate deste tema com o paciente religioso resistente? Relate alguma das suas experiências *

.....
Não tive dificuldade em argumentar, mas a adesão leva tempo até se conscientizarem.
.....

Durante sua formação acadêmica, em algum momento você teve orientações sobre como abordar assuntos como "religiosidade/espiritualidade/fé" dos pacientes? *

- Sim
- Não
- Não me lembro

Como você conduziu uma situação em que o paciente se recusou a tomar o medicamento, em função de que a religiosidade do mesmo oferece soluções mágicas, tais como cura e repreensão de doenças crônicas? *

- Ignorou a situação
- Insistiu
- Orientou que apesar do recurso espiritual o medicamento vai contribuir
- Entrou no debate religioso a fim de convencer o paciente

No atendimento deste paciente que recusa a farmacoterapia por questões religiosas, com a sua orientação farmacêutica você conseguiu convencê-lo de seguir o tratamento adequado? *

- Sim
- Não
- Parcialmente
- Tenho minhas dúvidas a respeito
- Nunca vivenciei este tipo de situação

Faculdade Unida de Vitória

PROMESSAS RELIGIOSAS DA CURA PELA FÉ: DESAFIOS DO PROFISSIONAL DA ÁREA FARMACÊUTICA

Meu nome é Paula Ribeiro de Souza, mestranda em Ciências das Religiões, estou realizando este trabalho com o objetivo de Levantar os desafios enfrentados pelo profissional da área farmacêutica frente a não aceitação do paciente diabético e hipertenso em relação à doença e a não adesão ao tratamento farmacológico, movidos por promessas religiosas de cura pela fé.

Conto com sua colaboração!

Você aceita participar da pesquisa e autoriza o uso dos dados?

Sim

Não

Quantos anos você tem de exercício na profissão? *

5

Você ainda atua em serviço público de Saúde? *

Sim

Não

Já se deparou com pacientes portadores das doenças crônicas hipertensão arterial e diabetes mellitus que se recusaram a aderir ao tratamento farmacológico? *

Sim

Não

Não me lembro

Dentre estes pacientes, consegue identificar algum que recusou o tratamento por questões de religiosidade/espiritualidade/fé? *

Sim

Não

Não me lembro



Você tinha conhecimento que os pacientes eram membros de algum grupo religioso? *

- Sim
- Não
- Não me lembro

Se a resposta anterior for sim a qual grupo religioso ele pertencia?

- Católico
- Evangélico
- Kardecista
- OUTROS

Diante a religiosidade/espiritualidade/fé do paciente como justificativa para não adesão ao tratamento farmacológico, você como profissional do medicamento, se sentiu e se sente preparado para argumentar com este paciente? *

- Sim
- Não
- Parcialmente

Quais são as suas principais dificuldades no debate deste tema com o paciente religioso resistente? Relate alguma das suas experiências *

Dentre os casos que já tive, eles não acreditavam em medicamentos, apenas relatavam que não "serviam para nada".

.....

Durante sua formação acadêmica, em algum momento você teve orientações sobre como abordar assuntos como "religiosidade/espiritualidade/fé" dos pacientes? *

- Sim
- Não
- Não me lembro

Como você conduziu uma situação em que o paciente se recusou a tomar o medicamento, em função de que a religiosidade do mesmo oferece soluções mágicas, tais como cura e repreensão de doenças crônicas? *

- Ignorou a situação
- Insistiu
- Orientou que apesar do recurso espiritual o medicamento vai contribuir
- Entrou no debate religioso a fim de convencer o paciente

No atendimento deste paciente que recusa a farmacoterapia por questões religiosas, com a sua orientação farmacêutica você conseguiu convencê-lo de seguir o tratamento adequado? *

- Sim
- Não
- Parcialmente
- Tenho minhas dúvidas a respeito
- Nunca vivenciei este tipo de situação



PROMESSAS RELIGIOSAS DA CURA PELA FÉ: DESAFIOS DO PROFISSIONAL DA ÁREA FARMACÊUTICA

Meu nome é Paula Ribeiro de Souza, mestranda em Ciências das Religiões, estou realizando este trabalho com o objetivo de Levantar os desafios enfrentados pelo profissional da área farmacêutica frente a não aceitação do paciente diabético e hipertenso em relação à doença e a não adesão ao tratamento farmacológico, movidos por promessas religiosas de cura pela fé.
Conto com sua colaboração!

Você aceita participar da pesquisa e autoriza o uso dos dados?

Sim

Não

Quantos anos você tem de exercício na profissão? *

7

Você ainda atua em serviço público de Saúde? *

Sim

Não

Já se deparou com pacientes portadores das doenças crônicas hipertensão arterial e diabetes mellitus que se recusaram a aderir ao tratamento farmacológico? *

Sim

Não

Não me lembro

Dentre estes pacientes, consegue identificar algum que recusou o tratamento por questões de religiosidade/espiritualidade/fé? *

Sim

Não

Não me lembro



Você tinha conhecimento que os pacientes eram membros de algum grupo religioso? *

- Sim
- Não
- Não me lembro

Se a resposta anterior for sim a qual grupo religioso ele pertencia?

- Católico
- Evangélico
- Kardecista
- OUTROS

Diante a religiosidade/espiritualidade/fé do paciente como justificativa para não adesão ao tratamento farmacológico, você como profissional do medicamento, se sentiu e se sente preparado para argumentar com este paciente? *

- Sim
- Não
- Parcialmente

Quais são as suas principais dificuldades no debate deste tema com o paciente religioso resistente? Relate alguma das suas experiências *

Tentei orientar paciente que não aceitou dizendo que participou de um culto de cura e que foi liberto da doença e que ele crê na cura.

.....

Durante sua formação acadêmica, em algum momento você teve orientações sobre como abordar assuntos como "religiosidade/espiritualidade/fé" dos pacientes? *

- Sim
- Não
- Não me lembro

Como você conduziu uma situação em que o paciente se recusou a tomar o medicamento, em função de que a religiosidade do mesmo oferece soluções mágicas, tais como cura e repreensão de doenças crônicas? *

- Ignorou a situação
- Insistiu
- Orientou que apesar do recurso espiritual o medicamento vai contribuir
- Entrou no debate religioso a fim de convencer o paciente

No atendimento deste paciente que recusa a farmacoterapia por questões religiosas, com a sua orientação farmacêutica você conseguiu convencê-lo de seguir o tratamento adequado? *

- Sim
- Não
- Parcialmente
- Tenho minhas dúvidas a respeito
- Nunca vivenciei este tipo de situação

Faculdade Unida de Vitória

PROMESSAS RELIGIOSAS DA CURA PELA FÉ: DESAFIOS DO PROFISSIONAL DA ÁREA FARMACÊUTICA

Meu nome é Paula Ribeiro de Souza, mestranda em Ciências das Religiões, estou realizando este trabalho com o objetivo de Levantar os desafios enfrentados pelo profissional da área farmacêutica frente a não aceitação do paciente diabético e hipertenso em relação à doença e a não adesão ao tratamento farmacológico, movidos por promessas religiosas de cura pela fé. Conto com sua colaboração!

Você aceita participar da pesquisa e autoriza o uso dos dados?

- Sim
 Não

Quantos anos você tem de exercício na profissão? *

20

Você ainda atua em serviço público de Saúde? *

- Sim
 Não

Já se deparou com pacientes portadores das doenças crônicas hipertensão arterial e diabetes mellitus que se recusaram a aderir ao tratamento farmacológico? *

- Sim
 Não
 Não me lembro

Dentre estes pacientes, consegue identificar algum que recusou o tratamento por questões de religiosidade/espiritualidade/fé? *

- Sim
 Não
 Não me lembro



Você tinha conhecimento que os pacientes eram membros de algum grupo religioso? *

- Sim
- Não
- Não me lembro

Se a resposta anterior for sim a qual grupo religioso ele pertencia?

- Católico
- Evangélico
- Kardecista
- OUTROS

Diante a religiosidade/espiritualidade/fé do paciente como justificativa para não adesão ao tratamento farmacológico, você como profissional do medicamento, se sentiu e se sente preparado para argumentar com este paciente? *

- Sim
- Não
- Parcialmente

Quais são as suas principais dificuldades no debate deste tema com o paciente religioso resistente? Relate alguma das suas experiências *

Não é comum

.....

Durante sua formação acadêmica, em algum momento você teve orientações sobre como abordar assuntos como "religiosidade/espiritualidade/fé" dos pacientes? *

- Sim
- Não
- Não me lembro

Como você conduziu uma situação em que o paciente se recusou a tomar o medicamento, em função de que a religiosidade do mesmo oferece soluções mágicas, tais como cura e repreensão de doenças crônicas? *

- Ignorou a situação
- Insistiu
- Orientou que apesar do recurso espiritual o medicamento vai contribuir
- Entrou no debate religioso a fim de convencer o paciente

No atendimento deste paciente que recusa a farmacoterapia por questões religiosas, com a sua orientação farmacêutica você conseguiu convencê-lo de seguir o tratamento adequado? *

- Sim
- Não
- Parcialmente
- Tenho minhas dúvidas a respeito
- Nunca vivenciei este tipo de situação

Faculdade Unida de Vitória

PROMESSAS RELIGIOSAS DA CURA PELA FÉ: DESAFIOS DO PROFISSIONAL DA ÁREA FARMACÊUTICA

Meu nome é Paula Ribeiro de Souza, mestranda em Ciências das Religiões, estou realizando este trabalho com o objetivo de Levantar os desafios enfrentados pelo profissional da área farmacêutica frente a não aceitação do paciente diabético e hipertenso em relação à doença e a não adesão ao tratamento farmacológico, movidos por promessas religiosas de cura pela fé.

Conto com sua colaboração!

Você aceita participar da pesquisa e autoriza o uso dos dados?

Sim

Não

Quantos anos você tem de exercício na profissão? *

32

Você ainda atua em serviço público de Saúde? *

Sim

Não

Já se deparou com pacientes portadores das doenças crônicas hipertensão arterial e diabetes mellitus que se recusaram a aderir ao tratamento farmacológico? *

Sim

Não

Não me lembro

Dentre estes pacientes, consegue identificar algum que recusou o tratamento por questões de religiosidade/espiritualidade/fé? *

Sim

Não

Não me lembro



Você tinha conhecimento que os pacientes eram membros de algum grupo religioso? *

- Sim
- Não
- Não me lembro

Se a resposta anterior for sim a qual grupo religioso ele pertencia?

- Católico
- Evangélico
- Kardecista
- OUTROS

Diante a religiosidade/espiritualidade/fé do paciente como justificativa para não adesão ao tratamento farmacológico, você como profissional do medicamento, se sentiu e se sente preparado para argumentar com este paciente? *

- Sim
- Não
- Parcialmente

Quais são as suas principais dificuldades no debate deste tema com o paciente religioso resistente? Relate alguma das suas experiências *

A fé das pessoas

Durante sua formação acadêmica, em algum momento você teve orientações sobre como abordar assuntos como "religiosidade/espiritualidade/fé" dos pacientes? *

- Sim
- Não
- Não me lembro

Como você conduziu uma situação em que o paciente se recusou a tomar o medicamento, em função de que a religiosidade do mesmo oferece soluções mágicas, tais como cura e repreensão de doenças crônicas? *

- Ignorou a situação
- Insistiu
- Orientou que apesar do recurso espiritual o medicamento vai contribuir
- Entrou no debate religioso a fim de convencer o paciente

No atendimento deste paciente que recusa a farmacoterapia por questões religiosas, com a sua orientação farmacêutica você conseguiu convencê-lo de seguir o tratamento adequado? *

- Sim
- Não
- Parcialmente
- Tenho minhas dúvidas a respeito
- Nunca vivenciei este tipo de situação

Faculdade Unida de Vitória

PROMESSAS RELIGIOSAS DA CURA PELA FÉ: DESAFIOS DO PROFISSIONAL DA ÁREA FARMACÊUTICA

Meu nome é Paula Ribeiro de Souza, mestranda em Ciências das Religiões, estou realizando este trabalho com o objetivo de Levantar os desafios enfrentados pelo profissional da área farmacêutica frente a não aceitação do paciente diabético e hipertenso em relação à doença e a não adesão ao tratamento farmacológico, movidos por promessas religiosas de cura pela fé.
Conto com sua colaboração!

Você aceita participar da pesquisa e autoriza o uso dos dados?

- Sim
- Não

Quantos anos você tem de exercício na profissão? *

9

Você ainda atua em serviço público de Saúde? *

- Sim
- Não

Já se deparou com pacientes portadores das doenças crônicas hipertensão arterial e diabetes mellitus que se recusaram a aderir ao tratamento farmacológico? *

- Sim
- Não
- Não me lembro

Dentre estes pacientes, consegue identificar algum que recusou o tratamento por questões de religiosidade/espiritualidade/fé? *

- Sim
- Não
- Não me lembro



Você tinha conhecimento que os pacientes eram membros de algum grupo religioso? *

- Sim
- Não
- Não me lembro

Se a resposta anterior for sim a qual grupo religioso ele pertencia?

- Católico
- Evangélico
- Kardecista
- OUTROS

Diante a religiosidade/espiritualidade/fé do paciente como justificativa para não adesão ao tratamento farmacológico, você como profissional do medicamento, se sentiu e se sente preparado para argumentar com este paciente? *

- Sim
- Não
- Parcialmente

Quais são as suas principais dificuldades no debate deste tema com o paciente religioso resistente? Relate alguma das suas experiências *

Durante 4 anos trabalhando com serviço público . Observei que indiferente da religião específica, a fé de alguns pacientes era fator positivo ao tratamento. Nenhum paciente se recusou a aderir à medicação com argumento da fé, mais acreditavam estar no caminho certo, guiado por uma força divina, sendo o tratamento medicamentoso uma parte do caminho que deviam percorrer para alcançar o sucesso do tratamento.

Durante sua formação acadêmica, em algum momento você teve orientações sobre como abordar assuntos como "religiosidade/espiritualidade/fé" dos pacientes? *

- Sim
- Não
- Não me lembro

Como você conduziu uma situação em que o paciente se recusou a tomar o medicamento, em função de que a religiosidade do mesmo oferece soluções mágicas, tais como cura e repreensão de doenças crônicas? *

- Ignorou a situação
- Insistiu
- Orientou que apesar do recurso espiritual o medicamento vai contribuir
- Entrou no debate religioso a fim de convencer o paciente

No atendimento deste paciente que recusa a farmacoterapia por questões religiosas, com a sua orientação farmacêutica você conseguiu convencê-lo de seguir o tratamento adequado? *

- Sim
- Não
- Parcialmente
- Tenho minhas dúvidas a respeito
- Nunca vivenciei este tipo de situação

Faculdade Unida de Vitória