

DA BOTICA À CLÍNICA FARMACÊUTICA

Leonardo Régis Leira Pereira

3.1 A profissão farmacêutica: da origem à industrialização

A carta magna da profissão farmacêutica foi escrita pelo imperador romano do Oriente Frederico II, em 1240, sendo esse documento responsável pela criação da Farmácia como profissão independente. Até aquele momento, o ensino farmacêutico era ministrado dentro dos cursos de Medicina. Após a iniciativa romana, a regulamentação das profissões aconteceu em outras regiões do mundo, originando três classes profissionais distintas: médicos, cirurgiões e boticários (GOMES JÚNIOR, 1988; PEREIRA; NASCIMENTO, 2011).

No Brasil, os primeiros registros relacionados à profissão farmacêutica surgiram nos tempos coloniais, quando os boticários (“curandeiros”) visitavam os povoados negociando “remédios” para seres humanos e animais. Nesse mesmo período, os jesuítas instituíram enfermarias e boticas, sendo José de Anchieta considerado o primeiro boticário de Piratininga, ou seja, de São Paulo (GOMES JÚNIOR, 1988).

As boticas no Brasil foram autorizadas apenas em 1640, sem grandes exigências para abertura, necessitando somente de uma autorização do Físico-mor de Coimbra. Esse fato favoreceu a disseminação de Norte a Sul do Brasil.

Apesar de serem dirigidas por boticários, esses profissionais ainda eram empíricos, sem formação adequada (GOMES JÚNIOR, 1988; RIBEIRO FILHO; BATISTA, 2011). O ensino da Farmácia no Brasil surgiu apenas em 1824, como uma disciplina do curso de Medicina, nas escolas do Rio de Janeiro. A primeira escola de Farmácia foi criada em 1839, na cidade de Ouro Preto, entretanto, o farmacêutico só assumiu o papel exclusivo na produção dos medicamentos, nas boticas do Brasil, em 1886 (PEREIRA; NASCIMENTO, 2011).

Para compreender a evolução da profissão farmacêutica e desvendar como esse profissional avançou da manipulação dos medicamentos para a formação clínica, e para o cuidado aos pacientes, torna-se necessário destacar alguns acontecimentos históricos que se desenrolaram durante o século XX, principalmente nos países desenvolvidos, como os Estados Unidos da América (WIEDENMAYER et al., 2006). Observando o século passado, destaca-se que as duas primeiras décadas são denominadas fase tradicional da profissão farmacêutica, quando esse profissional era considerado o personagem principal na manipulação e dispensação dos medicamentos, e, por meio dessas atividades, desempenhava um papel relevante perante a sociedade, sendo reconhecido pela população como integrante fundamental da equipe de saúde, pois era o único responsável pela manipulação dos medicamentos (STORPIRTIS et al., 2007).

Entretanto, durante as décadas de 1930 e 1940, mas principalmente após a Segunda Guerra Mundial, a fase tradicional da profissão farmacêutica, caracterizada pela produção artesanal dos medicamentos, começou a ser substituída pela fase de transição, principalmente nos Estados Unidos. Essa relevante e profunda transformação da profissão farmacêutica iniciou-se pelas importantes descobertas terapêuticas que impulsionaram a comunidade científica, destacando-se a penicilina, culminando com o desenvolvimento e mecanização da indústria farmacêutica, aliada à padronização de formulações para a produção de medicamentos em larga escala (SEVALHO, 2001).

O advento da indústria farmacêutica foi o responsável pelo surgimento do medicamento moderno, que se tornou racional e cientificamente explicado, tendo os efeitos demonstrados por meio dos estudos clínicos. Com a diminuição gradual dos medicamentos produzidos artesanalmente, começaram a predominar, nas indicações, os produtos químico-sintéticos produzidos em larga escala. Em conjunto com a indústria farmacêutica, surgia também uma sociedade moderna, estimulada pelo consumo de mercadorias, com a finalidade de absorver a demanda da produção industrial. Dessa forma o medicamento tornou-se uma mistura de bem de consumo e instrumento terapêutico, fatores considerados determinantes para a transformação da farmácia em estabelecimento comercial (PERINI; ACÚRCIO, 2001; ANGONESI; SEVALHO, 2010).

O Brasil, assim como os demais países da Europa e da América do Norte, também foi influenciado, de forma mais lenta, pelo advento da indústria

farmacêutica (SANTOS, 1999). Essa mudança de paradigma trouxe profundas alterações, pois a farmácia transformou-se num estabelecimento exclusivamente de comércio de medicamentos (e correlatos). A Lei nº 5.991, de 17 de dezembro de 1973, que substituiu a legislação anterior, vigente desde 1931, reforçou o caráter comercial das farmácias, transformando a atividade farmacêutica em “comércio farmacêutico”. Diante dessa nova legislação, qualquer indivíduo, com recursos financeiros, poderia abrir uma farmácia, cabendo ao profissional farmacêutico apenas a dispensação farmacêutica e a responsabilidade técnica pelo local (CUNHA, 1981).

Essa legislação trouxe uma influência negativa ao ensino de Farmácia no Brasil, durante as décadas de 1970 e 1980. A formação farmacêutica foi pulverizada nas habilitações bioquímico, analista clínico, industrial ou alimentos (PERINI, 1997), sendo a farmácia considerada um local de trabalho desvalorizado.

Em adição a esse problema, os modelos tecnológicos em saúde, que precederam o Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, contribuíram também para afastar o farmacêutico dos pacientes. Nas equipes de saúde, não era prevista a participação deste profissional, nem o medicamento era considerado insumo estratégico. Segundo Gonçalves (1994), no Estado de São Paulo, foram implantados diversos modelos tecnológicos na saúde pública, onde, até meados da década de 1920, predominou o modelo conhecido como campanhismo, com ênfase na utilização da polícia sanitária e nas campanhas de vacinação e higienização.

Geraldo H. Paula Souza reorganizou o serviço e introduziu o modelo médico-sanitário, privilegiando a educação sanitária como principal instrumento de trabalho, tendo o centro de saúde como aparelho do processo. Na década de 1960, foi implantado o modelo de assistência médica individual, com participação crescente da medicina curativa como meio para alcançar a melhoria das condições de saúde. Talvez este modelo tenha contribuído, de forma significativa, para afastar o farmacêutico do paciente em nosso país, pois era baseado na consulta médica e no atendimento da demanda por ela gerada. Além disso, pode-se evidenciar que o modelo curativo ainda se faz presente com grande impacto no sistema de saúde, mesmo após a implantação do SUS, sendo este fato evidenciado pela porta de entrada ainda ser, preferencialmente, os serviços de Pronto Atendimento, em detrimento da Estratégia de Saúde da Família e das Unidades Básicas de Saúde.

Diante dessa realidade, vários farmacêuticos, no Brasil e no mundo, foram seduzidos pela área industrial, e contribuíram, de maneira significativa, para ampliar o acesso e a qualidade dos tratamentos farmacológicos por meio da evolução das formas farmacêuticas, remodelando ações terapêuticas de fármacos, e contribuindo de forma significativa para a sedimentação das indústrias farmacêuticas. Em paralelo, o advento da manufatura fabril levou à quase

obsolescência dos laboratórios magistrais das farmácias, até então atividade primária e sedimentada do farmacêutico na fase tradicional, e reconhecida pela sociedade e pelo âmbito profissional (PEREIRA; FREITAS, 2008).

3.2 O advento da Farmácia Clínica nos EUA

No contexto da industrialização farmacêutica, o profissional que optou em permanecer nas farmácias comunitárias e hospitalares passou a ser visto pela sociedade como um mero vendedor ou distribuidor dos medicamentos produzidos pelas indústrias farmacêuticas. Essa condição motivou a insatisfação desses profissionais, levando, na década de 1960, estudantes e professores da Universidade de São Francisco, nos Estados Unidos, a uma profunda reflexão, a qual resultou no movimento denominado “Farmácia Clínica”. Dessa forma, nasceu, naquele país, a nova fase de transição da profissão farmacêutica.

Apesar da atividade clínica do farmacêutico começar a ser difundida após a década de 1960, nos países desenvolvidos, ela foi sugerida pela primeira vez em 1921, quando Krantz publicou um artigo científico, enfatizando que “farmacêuticos deveriam ser capacitados para fornecer serviços clínicos”. Porém, nessa época, não houve interesse dos farmacêuticos em desenvolver tais serviços, principalmente devido ao status que este profissional apresentava junto à sociedade, na fase tradicional da profissão farmacêutica (STORPITIS et al., 2007).

Destaca-se também que o Código de Ética da *American Pharmacists Association* estabelecia, em 1952, que os farmacêuticos norte-americanos eram proibidos de discutir os efeitos terapêuticos dos medicamentos com os pacientes. Dentro deste contexto, os usuários deveriam ser encaminhados aos médicos ou dentistas para esclarecerem tais dúvidas, tornando ainda mais restrito o papel dos farmacêuticos nessa época (ANGONESI; SEVALHO, 2010). Por isso o movimento de Farmácia Clínica, principalmente nos Estados Unidos, foi considerado uma “revolução”, que transformou de maneira decisiva a profissão farmacêutica.

A Farmácia Clínica teve origem nos hospitais e marcou oficialmente o final da fase tradicional e o início da fase de transição da profissão farmacêutica. O hospital tornou-se o local mais propício quando comparado às farmácias magistrais para a realização de atividades clínicas, devido às transformações relatadas anteriormente. Porém, no hospital, esse profissional também afastou-se da manipulação dos medicamentos e aproximou-se das atividades gerenciais, pois a maioria dos medicamentos manipulados pelos farmacêuticos passou a ser adquirido como produto acabado junto às indústrias farmacêuticas.

Com a introdução da Farmácia Clínica, os farmacêuticos tinham como objetivo primário a aproximação junto ao paciente e à equipe de saúde, possibilitando o desenvolvimento de atividades clínicas, principalmente àquelas relacionadas à farmacoterapia (MENEZES, 2000). O surgimento da Farmácia Clínica no ambiente hospitalar pode ser explicado devido às condições de trabalho do farmacêutico, pois a característica de “entregador” ou “distribuidor” de medicamento, talvez, seja mais marcante no hospital, onde geralmente a Farmácia Hospitalar localiza-se numa área distante dos leitos, e, conseqüentemente, também dos pacientes e dos outros profissionais da equipe de saúde, responsáveis pelo cuidado direto daqueles.

Dessa forma, o farmacêutico apenas disponibilizava o medicamento na quantidade e dose correta, conforme a prescrição, para que o insumo fosse entregue às enfermarias e administrado aos pacientes pelos enfermeiros, sem o acompanhamento direto do farmacêutico. Essa estrutura de trabalho, ao permitir que esses profissionais tivessem acesso a todas as prescrições realizadas no ambiente hospitalar, sendo assim, com essas informações disponíveis tornou possível desenvolver novos serviços e estudos, que demonstraram sua relevância frente aos demais profissionais de saúde, auxiliando-os no tratamento farmacológico dos pacientes hospitalizados.

Devido às limitações impostas pelas informações disponíveis nas prescrições médicas e pela atividade desempenhada no ambiente hospitalar (entrega de medicamentos), torna-se compreensível que as primeiras atividades clínicas exercidas pelos farmacêuticos fossem aquelas relacionadas aos estudos que buscavam identificar possíveis erros de medicação, ocorrência de reações adversas, interações medicamentosas e iatrogenias.

Entretanto, os resultados obtidos e a divulgação desses trabalhos permitiram que os farmacêuticos da Universidade de São Francisco, na Califórnia, fossem adquirindo conhecimento e ampliando sua área de inserção no ambiente hospitalar, sendo, aos poucos, reconhecidos pelos outros profissionais. Dessa forma, a partir de 1957, a *American Hospital Association* começou a estimular os demais farmacêuticos hospitalares dos Estados Unidos a desenvolverem estudos semelhantes àqueles realizados por esse grupo.

Gradativamente, a Farmácia Clínica tornava-se reconhecida nos hospitais dos Estados Unidos. Assim as Faculdades de Farmácia deveriam se adequar a essa nova atividade, implantando, em suas grades curriculares, a disciplina de Farmácia Clínica, que deveria estar integrada com a formação teórica e com o desenvolvimento do raciocínio clínico junto aos acadêmicos de farmácia, que estivessem dispostos a optar por essa área de trabalho. Nesse sentido, no final da década de 1960, pesquisadores, como Emmanuel (1968), defendiam que a disciplina de Farmácia Clínica deveria ter principalmente atividades práticas.

Em adição, Robert Miller (1968) declarava que, para as Universidades conseguirem formar o farmacêutico clínico, estas deveriam considerar a Farmácia Clínica como

[...] área do currículo farmacêutico que lida com a atenção ao paciente com ênfase na farmacoterapia, desenvolvendo uma atitude orientada ao paciente, tornando-se necessário desempenhar habilidades de comunicação interprofissional e com os pacientes, tendo como objetivos: aplicações clínicas dos conceitos farmacológicos; conhecimento sobre diagnósticos, principalmente quando relacionados à farmacoterapia; desenvolver habilidades de interação com o paciente e com outros profissionais; conscientizar o paciente de sua responsabilidade na utilização dos medicamentos; integrar os conhecimentos adquiridos; conscientizar os farmacêuticos de sua responsabilidade na farmacoterapia. (MILLER, 1968).

Ainda abordando esse tema relacionado ao ensino do raciocínio clínico ao profissional farmacêutico, porém sem a pretensão de esgotá-lo nessas próximas páginas, toma-se a liberdade de sugerir que a lógica pode ser uma grande aliada do farmacêutico na construção do raciocínio clínico, principalmente utilizando as quatro regras descritas por René Descartes, no livro *Discurso do Método*, publicado em 1637. Segundo Descartes (1637), são quatro as regras básicas da lógica:

1) nunca aceitar como verdade nada que não possa ser evidenciado, evitando cuidadosamente a precipitação; 2) dividir as dificuldades que tem para examinar em quantas parcelas forem necessária para melhor compreendê-las; 3) conduzir seus pensamentos em ordem, partindo dos problemas mais simples e fáceis de serem compreendidos; 4) fazer enumerações e revisões para ter a certeza de não ter omitido nenhuma informação importante. (DESCARTES, 1637, p. 40).

Apesar de o método cartesiano ser considerado o oposto do preconizado atualmente na clínica, segundo o qual o indivíduo deve ser considerado como um todo, o modelo descrito no excerto pode ser útil para auxiliar o farmacêutico a solucionar os problemas encontrados durante o tratamento farmacológico, principalmente em pacientes que fazem uso de politerapia e apresentam diagnósticos complexos.

Outro autor que pode ser citado na discussão referente ao ensino do raciocínio clínico é Joseph T. Dipiro, que em 2008, publicou os 15 princípios da terapêutica, em seu livro denominado *Pharmacotherapy: a pathophysiologic approach*, a saber:

1) justificar e documentar cada medicamento indicado; 2) o medicamento deve ser utilizado na menor dose e pelo menor tempo possível; 3) preferir sempre a monoterapia; 4) utilizar medicamentos novos apenas quando for extremamente necessário; 5) considerar o tempo de utilização dos medicamentos no manejo da efetividade, reação adversa e interações; 6) basear a escolha dos medicamentos em estudos clínicos randomizados, quando possível; 7) o conhecimento do paciente sobre a terapêutica e sobre a doença interfere na adesão ao tratamento; 8) a prescrição e o regime de dose deve ser o mais simples possível para favorecer a adesão dos pacientes; 9) observar cuidadosamente a resposta terapêutica do paciente para avaliar a efetividade, reações adversas e sugerir alterações da dose; 10) as formas injetáveis devem ser usadas em situações especiais, considerando o risco/benefício para os pacientes; 11) quando possível sugerir alterações do estilo de vida antes da prescrição de medicamentos; 12) quando iniciar um tratamento farmacológico reconhecer as alterações que poderão ser causadas pelo medicamento, principalmente nos exames laboratoriais; 13) quando dois medicamentos apresentarem respostas terapêuticas semelhantes, preferir a prescrição daqueles com custos mais reduzidos; 14) recordar que a escolha de um medicamento para um indivíduo pode interferir nos custos para a sociedade; 15) investigar as possíveis causas para falhas no tratamento farmacológico, entre elas a falta de adesão ao tratamento. (DIPIRO et al., 2008, p. 38).

A disseminação da Farmácia Clínica, principalmente nos Estados Unidos, ao longo do tempo pode ser evidenciada por alguns eventos marcantes, tais como a criação do serviço de Farmácia Clínica em Long Beach (1968), e a implantação da residência de Farmácia Clínica em Cincinnati (1969).

Ainda na década de 1960, a *American Society of Health System Pharmacists* (ASHSP) e o *American College of Clinical Pharmacy* (ACCP) reconhece e definem a Farmácia Clínica como:

Ciência da Saúde, cuja responsabilidade é assegurar, mediante a aplicação de conhecimentos e funções relacionados com o cuidado dos pacientes, que o uso de medicamentos seja seguro e apropriado, e que necessita de uma educação especializada e/ou um treinamento estruturado. (HEPLER, 2004).

Tardiamente, a Farmácia Clínica foi reconhecida como atividade farmacêutica na Inglaterra, em 1988. A *European Society of Clinical Pharmacy* (ESCP) definiu a Farmácia Clínica como uma “especialidade da área de saúde que descreve as atividades e serviços do farmacêutico clínico no desenvolvimento e promoção do uso racional e apropriado de medicamentos e seus derivados” (FRANKLIN et al., 2005).

3.3 A Farmácia Clínica no Brasil

No Brasil, em 1996, a Sociedade Brasileira de Farmácia Hospitalar (SBRAFH), ao estabelecer os padrões mínimos¹ para a Farmácia Hospitalar, incluiu aspectos direcionados à clínica. Entretanto, a maioria dos hospitais brasileiros concentram as atribuições dos farmacêuticos nas atividades administrativas.

Até os anos 2000 as práticas relacionadas ao ensino da farmácia clínica no Brasil são consideradas escassas, podendo-se destacar a criação pioneira de um serviço, em Natal, no ano de 1979, coordenado pelo Prof. Dr. Tarcísio José Palhano (PALHANO, 2002). A atuação nas farmácias magistrais, que constituiria uma oportunidade para o desenvolvimento da atuação clínica do farmacêutico, foi bastante desprestigiada pelos profissionais nas décadas de 1970 e 1980. Muitas tentativas de fortalecer essa prática e o seu ensino ainda não produziram resultados satisfatórios, pois a formação nas universidades, historicamente, foca na preparação dos profissionais para atuar nas indústrias farmacêuticas ou em laboratórios clínicos.

Apesar da terminologia Farmácia Clínica surgir em 1960, esse termo ainda pode ser considerado relativamente novo nos países em desenvolvimento. Um exemplo dessa situação foi relatado por Khan (2011), informando que, no Paquistão houve alterações na formação do farmacêutico apenas em 2004, com algumas universidades modificando o ensino de graduação, transferindo o foco do aprendizado da dispensação para a orientação aos pacientes.

Segundo o mesmo autor, os métodos tradicionais de ensino, tais como a metodologia bancária, segundo a qual o educador deposita seus conhecimentos de forma unilateral, não são suficientes para fornecer o conhecimento necessário aos acadêmicos, que lhes possibilite atuar com desenvoltura na área de Farmácia Clínica. Diante disso, alguns estudos têm mostrado que os métodos não convencionais de ensino, tais como o estudo de caso e a análise de prescrições, aumentam o interesse dos estudantes pela disciplina.

Esses novos métodos permitem que os estudantes adquiram novas habilidades, tornando-os mais participativos durante o processo de aprendizagem. Porém, vale ressaltar que, aliado a esse método de ensino, as atividades práticas, supervisionadas por um preceptor, desde que seja farmacêutico clínico, podem melhorar a formação desses alunos, pois permite que os estudantes dividam experiências diárias, durante o estágio, com o preceptor mais experiente, além de utilizar essa nova metodologia de ensino para auxiliar na orientação dos usuários do sistema de saúde.

¹ SOCIEDADE BRASILEIRA DE FARMÁCIA HOSPITALAR (SBRAFH). *Padrões mínimos em farmácia hospitalar*. São Paulo: SBRAFH, 1996.

Para melhorar a formação de farmacêuticos clínicos na graduação, existe a clara necessidade de melhorar a qualidade da formação dos docentes e pesquisadores dessa área. Entretanto, a maioria dos professores responsáveis pelas disciplinas de Farmácia Clínica e áreas afins, no Brasil, provavelmente nunca cursaram uma disciplina que enfatizasse o aprendizado da gestão da farmacoterapia da utilização racional dos medicamentos, da Farmacoepidemiologia, da Farmacovigilância, da Atenção Farmacêutica ou da Farmácia Clínica. O provável motivo do abandono dessa área, por vários anos, nos cursos de graduação pode estar relacionado à pouca importância que os farmacêuticos vislumbravam na farmácia comunitária, nas décadas anteriores. Sendo assim, muitos se tornaram praticamente autodidatas na construção de suas carreiras nessa área de atuação.

Ainda hoje, é possível observar certa relutância de coordenadores de faculdades, colegiados de cursos e de profissionais ligados às Instituições de Ensino Superior, com relação à inserção de disciplinas que privilegiem o trabalho na área de Assistência Farmacêutica, durante a graduação. Esse fato alimenta um ciclo negativo que conduz à ausência de profissionais com formação adequada, escassez de docentes capacitados, a campos de estágio com ausência de supervisores diretos, à falta de políticas de inclusão do profissional nos serviços oferecidos pelo SUS, a grades curriculares com lacunas importantes na formação e à falta de identidade profissional, que resulta novamente nos profissionais com formação aquém da desejada para a área. Apesar da relevância, a formação deficiente na graduação e na pós-graduação não pode ser considerada, isoladamente, como a única responsável pela difícil situação da Farmácia Clínica, que, no Brasil, foi inserida no universo da Assistência Farmacêutica.

O Centro de Pesquisas em Assistência Farmacêutica e Farmácia Clínica da Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo (CPAFF-USP), publicou uma série de seis estudos, tentando ressaltar a importância do farmacêutico clínico para a equipe de saúde. Quatro estudos foram realizados a partir de um trabalho de pesquisa, que comparou a eficácia e a segurança de três medicamentos (sibutramina, metformina e fluoxetina) *versus* o placebo na redução do peso corpóreo dos voluntários (PEREIRA et al., 2005; GUIMARÃES et al., 2006; GUIMARÃES et al., 2009; GUIDONI; PEREIRA, 2012).

Nesses estudos, o papel do farmacêutico clínico foi auxiliar a equipe de saúde na busca dos resultados clínicos e laboratoriais, participando da pesquisa ativamente, monitorando a adesão ao tratamento e a frequência de reações adversas apresentadas durante a utilização dos medicamentos pelos voluntários. Os estudos apontaram que a sibutramina e a fluoxetina favoreciam a perda de peso, porém a metformina melhorava o perfil glicêmico dos pacientes e reduzia discretamente o índice de massa corpórea e a resistência à insulina,

entretanto poderia ser considerada mais segura que a sibutramina, pois esse último fármaco promovia o aumento da pressão arterial diastólica em alguns pacientes (PEREIRA et al., 2005; GUIMARÃES et al., 2006; GUIMARÃES et al., 2009; GUIDONI; PEREIRA, 2012). Esses resultados foram confirmados por outros estudos publicados na literatura mundial, sendo que, em 2011, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) publicou a RDC nº 52, que restringia a utilização da sibutramina no país, alterando o fármaco para a lista B2, que necessita de receituário especial para comercialização.

Outras duas publicações exemplificam a importância do farmacêutico clínico. A primeira avaliou a interação medicamentosa entre dois antiepilépticos (carbamazepina e lamotrigina), quantificando a concentração plasmática desses fármacos no sangue e utilizando esses resultados para o ajuste de doses dos pacientes (PEREIRA et al., 2006). A segunda foi realizada em conjunto com o grupo da Universidade de Pavia (Itália), e tem um caráter inovador, pois vários pesquisadores consideravam que o levetiracetam, medicamento ainda não disponível no Brasil para o tratamento da epilepsia, não apresentava redução do clearance e da meia-vida de eliminação quando administrado em conjunto com os antiepilépticos indutores enzimáticos de primeira geração, como a carbamazepina, fenitoína e fenobarbital, por não sofrer metabolização hepática. Entretanto o estudo evidenciou que o levetiracetam, mesmo sem ser metabolizado no fígado, pode necessitar de ajustes de doses, pois apresenta alterações na farmacocinética quando administrado com antiepilépticos que promovem indução enzimática (FREITAS-LIMA et al., 2011).

Paralelamente ao desenvolvimento e ao reconhecimento da Farmácia Clínica, em meados da década de 1970, alguns autores empenharam-se em tentar redefinir o papel do farmacêutico frente ao paciente, pois, segundo eles, a Farmácia Clínica, além de ser restrita ao ambiente hospitalar, estava focada principalmente para a análise da farmacoterapia dos pacientes.

3.4 O farmacêutico clínico e a Atenção Farmacêutica

No ambiente hospitalar, dependendo do quadro clínico do paciente, esse assume um papel passivo frente aos cuidados de saúde, não havendo interação com a equipe de saúde. A interação farmacêutico-paciente perde espaço para a interação farmacêutico-equipe de saúde.

A preocupação principal do farmacêutico seria trabalhar com a terapêutica dos pacientes hospitalizados, em conjunto com a equipe de saúde. Alguns críticos destacam que o farmacêutico clínico tem como foco o medicamento e não os pacientes. Mas, então, a preocupação com a terapêutica não tem como finalidade reduzir o tempo de internação do paciente, evitando a ocorrência

de interações medicamentosas, reações adversas e melhorando a qualidade da atenção a saúde prestada? Diante desses argumentos, como aceitar que não exista preocupação com o paciente ou que este não tem sido o foco das atividades clínicas do farmacêutico?

Brodie (1967), visando nortear e estender a atuação do profissional farmacêutico para as ações de atenção primária em saúde, tendo o medicamento como insumo estratégico e o paciente como foco principal, publicou que “o farmacêutico necessita realizar uma mudança de foco: da farmacoterapia para os pacientes”. Dando continuidade às discussões iniciadas anteriormente, Mikeal e colaboradores (1975) iniciaram a construção inconsciente do conceito de Atenção Farmacêutica, que só viria a receber essa terminologia no final da década de 1980. Nesse artigo os autores afirmavam que o farmacêutico deveria prestar “a atenção que um dado paciente requer e recebe com garantias do uso seguro e racional dos medicamentos”.

Posteriormente, a definição proposta por Mikeal e colaboradores foi ampliada e adaptada por Brodie (1980), que sugeriu incorporar a ela a orientação de que o farmacêutico deveria oferecer e realizar todos os serviços necessários para um tratamento farmacoterapêutico eficiente.

Hepler (1987) ampliou a abrangência dos conceitos publicados anteriormente definindo que, durante o processo de atendimento farmacêutico, deveria haver uma relação conveniente entre o profissional e o paciente, sendo o primeiro responsável pelo controle no uso dos medicamentos por meio de seu conhecimento e habilidade.

Além das publicações de autores como Brodie, Mikeal e Hepler, que destacavam a necessidade de mudança de foco do trabalho farmacêutico, vale ressaltar que, a partir da década de 1970, a Organização Mundial da Saúde (OMS) tinha como objetivo principal assessorar os países membros a desenvolver políticas nacionais de medicamentos, principalmente voltadas ao acesso e ao uso racional dos medicamentos para a população mais carente. Em adição, um Comitê de Especialistas da OMS, em 1985, demonstrou a necessidade de mudança do foco de atuação dos profissionais da saúde para a atenção primária, citando, entre eles, os farmacêuticos “[...] a busca da saúde para todos, mediante o enfoque da atenção primária de saúde exigirá a redefinição dos papéis e funções de todas as categorias pessoal sanitário [...]”.

Sendo assim, estimular a maior atuação dos profissionais de saúde na atenção primária tem justificativas importantes do ponto de vista econômico e social, pois a atenção primária, analisando-se de forma individual e considerando os custos a longo prazo, é menos onerosa quando comparada à secundária ou terciária. O investimento na atenção primária também promove impacto social positivo, pois favorece a prevenção de doenças e a promoção da saúde, melhorando a assistência à saúde dos usuários. Entretanto, estudos

realizados no Brasil, durante a década de 1970, destacavam que cerca de 70% dos farmacêuticos consideravam a atuação nas farmácias comunitárias como uma atividade secundária, fato a ser considerado um dos desencadeadores para o afastamento dos farmacêuticos da atenção primária e, conseqüentemente, dos usuários em nosso país (VALLADÃO, 1981).

Diante das pressões, econômica e política, tornava-se clara e evidente a necessidade dos países romperem com o modelo hospitalocêntrico, racionalizando os recursos financeiros aplicados na área de saúde, e tornarem o atendimento da população mais sensato, investindo na promoção da saúde e na prevenção de doenças. Diante disso, o foco na atenção primária era necessário para a manutenção de um sistema de saúde moderno. Assim, percebe-se um sinergismo entre as políticas da OMS, estimulando o investimento na atenção primária, com as propostas dos pesquisadores apresentadas anteriormente. Diante desse contexto, nota-se que o farmacêutico clínico foi constantemente estimulado a desenvolver atividades na atenção primária, pois a presença de um profissional com esse perfil clínico auxiliaria os demais profissionais de saúde e os pacientes na utilização racional dos medicamentos nesse nível de atenção.

Frente à nova necessidade social, quais habilidade e conhecimento são necessários ao farmacêutico clínico para atuar na atenção primária? Seria importante reestruturar o currículo para preparar o profissional farmacêutico para atuar nesse novo nível de atenção à saúde?

Segundo Silcock, Raynor e Petty (2004), os farmacêuticos atuando na atenção primária são fundamentais para auxiliar na melhora dos cuidados prestados aos pacientes, auxiliando na monitorização do tratamento farmacológico, identificando problemas e fornecendo educação sanitária sobre a doença e a terapêutica.

Nessa vertente, em 1990, Hepler e Strand utilizaram pela primeira vez na literatura científica o termo *Pharmaceutical Care*, que foi traduzido em nosso país como Atenção Farmacêutica. No artigo daqueles pesquisadores, foi sugerido que “Atenção Farmacêutica é a provisão responsável do tratamento farmacológico com o objetivo de alcançar resultados satisfatórios na saúde, melhorando a qualidade de vida do paciente”.

Nesse conceito foi discutido, aceito e ampliado, na reunião de peritos da OMS, realizada em Tóquio. Nessa reunião foi definido o papel-chave do farmacêutico, visando:

[...] estender o caráter de beneficiário da Atenção Farmacêutica ao público, em seu conjunto e reconhecer, deste modo, o farmacêutico como dispensador da atenção sanitária que pode participar, ativamente, na prevenção das doenças e da promoção da saúde, junto com outros membros da equipe sanitária. (OMS, 1994).

Em 1998, a Federação Internacional dos Farmacêuticos (FIP) adicionou ao conceito de Hepler e e Strand outros fatores, destacando que “entre os objetivos da Atenção Farmacêutica estão a obtenção de resultados concretos que melhoram ou mantenham a qualidade de vida dos pacientes” (WHO, 1994; 2004).

Com essa publicação em 1990, Hepler e Strand determinavam o final da fase de transição da profissão farmacêutica, e iniciavam a fase de cuidado ao paciente. Quase ao mesmo tempo, surgia na Espanha o termo Atención Farmacéutica, com o desenvolvimento de um modelo de seguimento farmacoterapêutico, denominado Método Dáder, criado por um grupo de investigação em Atenção Farmacêutica da Universidade de Granada. Naquele país também foram realizados consensos para definir conceitos, modelos de acompanhamento e classificar Problemas Relacionados aos Medicamentos (PRM) e Resultados Negativos associados à Medicação (RNM) (COMITÉ DE CONSENSO GIAF-UGR; GIFAF-USE; GIF-UGR, 2007).

O termo Atenção Farmacêutica foi adotado e oficializado, no Brasil, a partir de discussões lideradas pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), OMS, Ministério da Saúde e Universidades. Nesse encontro foi definido o conceito de Atenção Farmacêutica como:

[...] um modelo de prática farmacêutica, desenvolvida no contexto da Assistência Farmacêutica. Compreende atitudes, valores éticos, comportamentos, habilidades, compromissos e co-responsabilidades na prevenção de doenças, promoção e recuperação da saúde, de forma integrada à equipe de saúde. É a interação direta do farmacêutico com o usuário, visando uma farmacoterapia racional e a obtenção de resultados definidos e mensuráveis, voltados para a melhoria da qualidade de vida. Esta interação também deve envolver as concepções dos seus sujeitos, respeitadas as suas especificidades bio-psico-sociais, sob a ótica da integralidade das ações de saúde. (IVAMA et al., 2002, p. 17-18).

Além do conceito de Atenção Farmacêutica, foram definidos nesse mesmo encontro os macros componentes da prática profissional para o exercício da Atenção Farmacêutica, tais como: educação em saúde (promoção do uso racional de medicamentos), orientação farmacêutica, dispensação de medicamentos, atendimento farmacêutico, acompanhamento/seguimento farmacoterapêutico e registro sistemático das atividades (IVAMA et al., 2002).

A Atenção Farmacêutica baseia-se, principalmente, no acompanhamento farmacoterapêutico dos pacientes, buscando a obtenção de resultados terapêuticos desejados, por meio da resolução dos problemas farmacoterapêuticos, procurando-se definir uma atividade clínica para o farmacêutico, tendo o

paciente como ponto de partida para a solução dos seus problemas com os medicamentos (CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 1998).

Mas a sedimentação da Atenção Farmacêutica seria suficiente para reduzir a importância da Farmácia Clínica, ou as duas atividades conseguiriam conviver em paralelo? Essa questão tem gerado diferentes teorias entre os pesquisadores, sendo que alguns referem que a Atenção Farmacêutica assumiu o espaço da Farmácia Clínica, porém, na interpretação do Centro de Pesquisa em Assistência Farmacêutica e Farmácia Clínica (CPAFF), essa afirmação necessita ser mais profundamente discutida, pois entende-se que a Farmácia Clínica é uma ciência, e diante dessa teoria ela ainda desempenha um papel de destaque na formação clínica.

Por isso, quando um graduando de farmácia recebe a formação clínica adequada na Universidade, desenvolvendo, inclusive, o raciocínio clínico com atividades teóricas e práticas, ele estaria apto a desenvolver trabalhos em diversas áreas de atuação, tais como seleção de medicamentos para padronização em serviços de saúde (Comissões de Farmácia e Terapêutica), estudos de Farmacoepidemiologia, Farmacovigilância, Farmacoeconomia e de monitorização terapêutica, além de participar em Centros de Informação de Medicamentos e decisões terapêuticas, principalmente quando necessários conhecimentos de farmacocinética clínica.

Esse farmacêutico clínico também estaria apto a desenvolver a Atenção Farmacêutica, entretanto, como discutido anteriormente, a mudança do local de atuação da atenção terciária para a atenção primária exigiria uma formação complementar à clínica, pois, na fase de cuidado ao paciente, o farmacêutico estaria desempenhando suas atividades diretamente com os usuários do serviço de saúde, situação diferente daquela vivenciada pelo farmacêutico no ambiente hospitalar, onde o contato desse profissional seria predominantemente com a equipe de saúde.

Diante dessa nova realidade que surgia no final do último século, tornava-se fundamental preparar o farmacêutico clínico para desempenhar suas novas funções na atenção primária, atendendo às expectativas do sistema de saúde. Sendo assim, caberia às Universidades incorporar na formação profissional do farmacêutico clínico um pacote de habilidades adicionais, voltadas principalmente às Ciências Humanas, pois, no atendimento aos pacientes, seria fundamental o conhecimento elementar sobre Sociologia, Antropologia, Psicologia e Filosofia, além de permitir ao acadêmico conhecer os problemas da sociedade.

Nesse sentido, a própria OMS ressalta que a formação do novo farmacêutico deve mudar, e que o ensino de graduação deve caminhar para a prática, colocando esse profissional da prestação de serviços junto aos pacientes. Para isso, contudo, ele necessita ser “sete estrelas”, ou seja, possuir habilidades, tais

como: prestador de serviços, tomador de decisão, comunicador, líder, gerente, estudante por toda a vida e mestre, além de pesquisador (WIEDENMAYER et al., 2006).

Entretanto, sabe-se que os farmacêuticos pioneiros, que converteram suas carreiras de profissionais do medicamento para profissionais do cuidado aos pacientes, receberam a formação tradicional, baseada no antigo paradigma do foco no produto farmacêutico. Portanto, coube a esses profissionais buscar e adquirir o conhecimento do foco no paciente, para que pudessem desenvolver as habilidades necessárias para atuar nesse novo papel, mas, para isso, eles precisaram se conscientizar de que deveriam tornar-se estudantes por toda a vida, uma das habilidades do farmacêutico “sete estrelas”.

A mudança radical do foco, do medicamento para o paciente, proporcionada principalmente com o advento da Atenção Farmacêutica, tornou necessária a criação de modelos de acompanhamento farmacoterapêutico, como *The Pharmacist's Workup of Drug Therapy* (PWDT) e o *Método Dáder de Seguimiento Farmacoterapêutico* (Dáder), fundamentais para auxiliar o farmacêutico clínico na realização da consulta e da anamnese farmacêutica, duas atividades incorporadas à nova rotina de trabalho do farmacêutico na atenção primária. Sendo assim, esses modelos de Atenção Farmacêutica funcionariam como diretrizes para dar suporte ao comportamento do farmacêutico clínico, aumentando a sua segurança diante desse novo desafio profissional, a consulta farmacêutica.

Os modelos de Atenção Farmacêutica destacam que, durante o acompanhamento e avaliação dos pacientes, torna-se necessário estabelecer uma relação terapêutica com o usuário, identificando os possíveis problemas relacionados à terapêutica, desenvolvendo um plano terapêutico individualizado e com objetivos bem determinados (CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 1998).

Em adição, a formação clínica do profissional farmacêutico torna-se decisiva para o futuro da prática da Atenção Farmacêutica, pois, ao adquirir os conhecimentos de Farmácia Clínica, o farmacêutico estará apto para realizar um acompanhamento farmacoterapêutico completo e de qualidade, avaliando os resultados clínico-laboratoriais dos pacientes e interferindo diretamente na farmacoterapia. Vale ressaltar que, além do conhecimento de Farmácia Clínica, a Atenção Farmacêutica exige do profissional uma preocupação com as variáveis qualitativas do processo, principalmente aquelas referente à qualidade de vida e satisfação do usuário. Por isso que os conhecimentos exigidos de um farmacêutico clínico, na década de 1960, deveriam ser revistos e ampliados, para capacitá-lo em Atenção Farmacêutica.

Apesar da ampliação e difusão dos conceitos de Atenção Farmacêutica, deve-se ressaltar que este movimento não substitui a Farmácia Clínica. Os principais autores descrevem, como apresentado anteriormente, a Atenção

Farmacêutica como uma atividade que facilita a interação do farmacêutico com o usuário do sistema de saúde, favorecendo um melhor acompanhamento dos pacientes, controlando a farmacoterapia, prevenindo, identificando e solucionando problemas que possam surgir durante esse processo. Por outro lado, a Farmácia Clínica tem sido definida como ciência, responsável pela formação clínica desse profissional. Dessa forma, conforme apresentado pela European Society of Clinical Pharmacy e pela American Pharmacists Association, pode-se afirmar que essas duas atividades são complementares, ou seja, para desenvolver a Atenção Farmacêutica torna-se necessário aliar aos conhecimentos clínicos, a formação humanística, o que facilitaria a interação farmacêutico-paciente, principalmente para melhorar a qualidade da consulta e da anamnese farmacêutica, atividades raramente desempenhadas pelo farmacêutico clínico com pacientes hospitalizados.

A Atenção Farmacêutica também busca prevenir ou solucionar os problemas farmacoterapêuticos de maneira sistematizada e documentada. Além disso, envolve o acompanhamento do paciente com dois objetivos principais: a) responsabilizar-se junto com o paciente para que o medicamento prescrito seja seguro e eficaz, na posologia correta e resulte no efeito terapêutico desejado; b) atentar para que, ao longo do tratamento, as reações adversas aos medicamentos sejam as mínimas possíveis e, quando surgirem, que possam ser resolvidas imediatamente (CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 1998).

Enfim, pode-se entender que a Atenção Farmacêutica é um conceito de prática profissional em que o usuário do medicamento é o mais importante beneficiário das ações do farmacêutico, ou seja, o centro de sua atividade. A Atenção Farmacêutica mais pró-ativa rejeita uma terapêutica de sistemas, busca a qualidade de vida e demanda que o farmacêutico seja um generalista, porém com formação adequada. Ela é um pacto social pelo atendimento e necessita ter uma base filosófica sedimentada. O exercício profissional do farmacêutico hoje busca a concepção clínica de sua atividade, além da integração e colaboração com os membros da equipe de saúde, cuidando diretamente do paciente (PERETTA; CÍCIA, 1998).

A justificativa social dessa proposta pressupõe que o farmacêutico deve ser incorporado às ações de saúde, ampliando seu campo de atuação também para a atenção primária e secundária, contribuindo para a redução de custos diretos e indiretos, principalmente na farmacoterapia, pois é um profissional de nível superior com sólida formação na área do medicamento e, muitas vezes, o único com quem o paciente tem contato após o atendimento médico.

Atualmente, a OMS e Associações Farmacêuticas de relevância internacional consideram a Atenção Farmacêutica uma atividade exclusiva do farmacêutico e que este deve tê-la como prioridade para o desenvolvimento

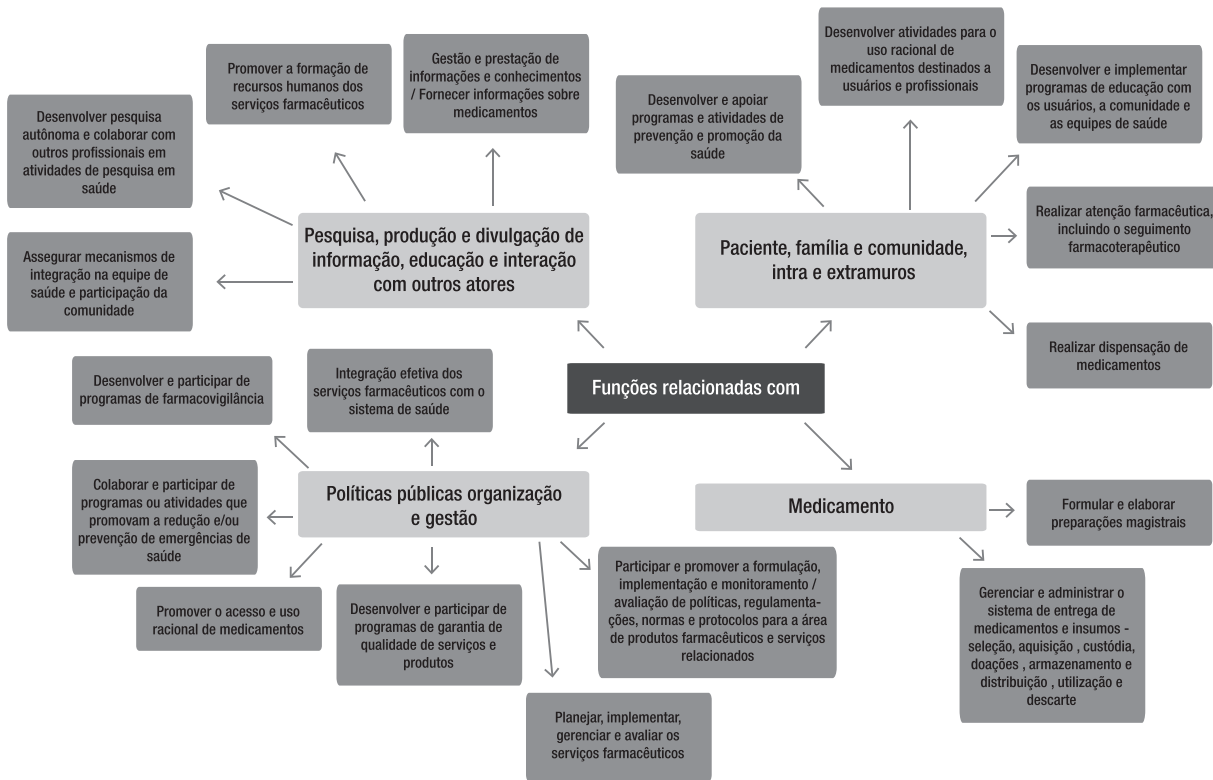
pleno de sua profissão. Nos últimos 50 anos, desde a criação da Farmácia Clínica, o papel do farmacêutico tem sido alterado decisivamente, sendo transformado de “dispensador” para “gerente do tratamento farmacológico”. Nessa nova tarefa, esse profissional tornou-se responsável pela seleção, pelo armazenamento, pela distribuição, pela dispensação e pelo monitoramento do tratamento farmacológico, centrando sua prática no paciente, fornecendo informações e aconselhamento, permitindo o acesso aos medicamentos, bem como tornando a utilização destes mais racional e adequada, favorecendo a obtenção de resultados clínicos satisfatórios pelo paciente (WIEDENMAYER et al., 2006).

Essa transformação profissional do farmacêutico, tornou-se realidade em muitos países desenvolvidos, pois o método tradicional anterior, preconizado pela prescrição médica e dispensação do farmacêutico, mostrou-se inadequado para garantir segurança, efetividade e adesão ao tratamento prescrito. As consequências do modelo anterior podem ser observadas pelos números referentes ao custo do sistema de saúde, mostrando que, nos países desenvolvidos, de 4 a 10% dos pacientes hospitalizados, especialmente os idosos, experimentaram, pelo menos uma vez, reações adversas aos medicamentos, principalmente devido às interações medicamentosas. Nos Estados Unidos, as reações adversas estiveram entre as seis principais causas de óbitos, custando ao país US\$ 130 bilhões ao ano, enquanto que no Reino Unido esse custo alcançou £ 466 milhões em 2004 (WIEDENMAYER et al., 2006).

3.5 A terminologia na área

Devido a algumas especificações nacionais, o termo *Pharmaceutical Care* pode sofrer interpretações distintas em alguns países, demonstrando que prevalece uma ideia de mudança da profissão farmacêutica, porém ainda não existe uma convergência dos conceitos (MARTIN-CALERO et al., 2004). Portanto, o conceito de *Atenção Farmacêutica*, elaborado por Hepler e Strand (1990), no qual ela é 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, continua em discussão. Recentemente, a OPAS sugeriu a utilização do termo “*Serviços Farmacêuticos*” para descrever as atividades relacionadas à pesquisa, difusão de informações, gestão, gestão, ao gerenciamento, manejo dos medicamentos e cuidado aos pacientes (Figura 1).

Figura 1 – Os Serviços Farmacêuticos segundo a Organização Pan-Americana de Saúde



Fonte: Adaptado de Costa (2007).

No Reino Unido, o conceito mais difundido atualmente denomina-se Medicines Management, que tem sua prática mais voltada para fornecimento de cuidados de saúde, ao invés de cuidado ao paciente, como defendido pela Atenção Farmacêutica (BARBER, 2001).

Em Portugal, a Associação Nacional de Farmácia tem adotado programas baseados no manejo das doenças, como diabetes, hipertensão arterial e asma para tentar implementar a Atenção Farmacêutica em todo o país (MARTIN-CALERO et al., 2004). Na Austrália, a Atenção Farmacêutica tem dividido-se em estudos que contemplam intervenções clínicas (BENRIMOJ et al., 2000), revisões de medicamentos (CHEN et al., 1999) ou serviços farmacêuticos cognitivos (HEN et al., 2002). No Brasil, existe uma clara necessidade de uniformização de termos; alguns estudos utilizam Atenção Farmacêutica, outros a denominam como Cuidado Farmacêutico, sendo que ainda pode-se observar, no país, a existência de conceitos relacionados à Assistência Farmacêutica e a Serviços Farmacêuticos, que podem dificultar o entendimento de farmacêuticos e usuários do SUS.

Segundo pesquisadores norte-americanos, que criaram o Medication Therapy Management (MTM), esse serviço pode, ou não, acontecer em conjunto com a dispensação dos medicamentos. Diante disso, Van Mil e Fernandez-Llimos (2013) questionam se a Atenção Farmacêutica é semelhante ao MTM. Os dois

pesquisadores propõem, ainda, a rediscussão de vários termos publicados em 1990 por Hepler e Strand, tais como: a Atenção Farmacêutica deve acontecer de forma coletiva ou individual? A melhora da qualidade de vida, da compreensão da prescrição e da adesão ao tratamento farmacológico são objetivos principais da Atenção Farmacêutica? As atividades educacionais e de promoção da saúde, tais como programas antitabaco e uso de camisinhas, fazem parte da Atenção Farmacêutica? O próprio termo Atenção Farmacêutica está adequado? (VAN MIL; FERNANDEZ-LLIMOS, 2013).

Nos EUA, a American Pharmacists Association organizou uma reunião com várias instituições farmacêuticas para buscar um consenso sobre as atividades práticas dos farmacêuticos. Desse encontro, foi elaborado um documento denominado *Pharmacy Practice Activity Classification*, estruturado sob quatro domínios, que resumem quais atividades deveriam ser desenvolvidas pelos farmacêuticos, sendo elas:

- Assegurar tratamento farmacológico e resultados apropriados aos pacientes, ressaltando o entendimento e a aderência do paciente ao tratamento prescrito.
- Dispensar medicamentos e derivados.
- Promover a saúde e prevenir doenças.
- Auxiliar no gerenciamento dos Sistemas de Saúde (MARTÍN-CALERO et al., 2004).

Na Espanha, o Ministério da Saúde também estabeleceu que os farmacêuticos deveriam desempenhar três serviços básicos: dispensação, consulta farmacêutica e acompanhamento farmacoterapêutico (MARTÍN-CALERO et al., 2004).

Verifica-se, assim que, várias instituições farmacêuticas da Europa e dos Estados Unidos reconhecem a importância de fornecer essas habilidades aos modernos profissionais que atuam desenvolvendo essa nova prática farmacêutica (MARTÍN-CALERO et al., 2004).

Nesse sentido, a maioria das Faculdades de Farmácia dos Estados Unidos e da Europa tem acrescentado ao currículo conteúdos que propiciem o desenvolvimento de habilidades de comunicação dos estudantes, ampliando a compreensão destes em farmacologia e terapêutica, mas, principalmente, ajudando-os a entender a influência real do ambiente, da cultura, da linguística e das classes sociais na adesão ao tratamento farmacológico (LEE et al., 2002).

Davidoff e Florance (2000) ressaltam que os novos profissionais de saúde precisam adaptar-se, tornando-se prestadores de informações, seja para os pacientes, como para os demais profissionais da equipe de saúde (BYRD, 2002). Entretanto, apesar de alguns farmacêuticos estarem dispostos a investir mais tempo na Atenção Farmacêutica, eles sentem-se desmotivados por uma série

de fatores, como o desconhecimento dos pacientes a respeito dessa nova prática profissional. Observa-se, portanto, que farmacêuticos e pacientes não possuem expectativas comuns frente ao papel do novo farmacêutico no sistema de saúde (MARTÍN-CALERO et al., 2004).

Esses resultados levam à reflexão de que, enquanto os farmacêuticos esperam agregar valor ao tratamento farmacológico dos pacientes, esses últimos valorizam apenas a consulta médica como suporte necessário para o manejo e o tratamento de suas doenças (SCHOMMER; WIEDERHOLT, 1997). Essa mudança de paradigma torna-se difícil porque o farmacêutico é o último profissional de saúde a ter contato com os pacientes. Por esse motivo, torna-se fundamental que os farmacêuticos busquem o treinamento e as habilidades necessárias para fornecer os serviços terapêuticos (clínicos) de forma adequada e efetiva, pois apresentam um papel relevante na educação dos pacientes frente ao uso racional dos medicamentos (ALKHAWAJAH; EFERAKEYA, 1992).

Assim, pelo exposto neste capítulo, pode-se afirmar que a história da profissão farmacêutica ainda está sendo construída, e que a fase de cuidado aos pacientes necessita de maiores discussões entre os pesquisadores da área para buscar uma uniformização de conceitos e atividades. Por outro lado, as perspectivas apontam ser praticamente impossível os farmacêuticos não assumirem seu papel na equipe de saúde e no manejo da terapêutica; não há como retroceder diante das transformações ocorridas nos últimos cem anos.

Referências

- ALKHAWAJAH, A. M.; EFERAKEYA, A. E. The role of pharmacists in patients' education on medication. *Public Health*, n. 106, p. 231-237, 1992.
- ANGONESI, D.; SEVALHO, G. Atenção Farmacêutica: fundamentação conceitual e crítica para um modelo brasileiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 15, S3, p. 3603-3614, 2010.
- BARBER, N. Pharmaceutical care and medicines management, is there a difference? *Pharm World Sci*, n. 23, p. 205-209, 2001.
- BENRIMOJ, S. I. et al. Economic impact of increased clinical intervention rates in community pharmacy. A randomised trial of the effect of education and a professional allowance. *Pharmacoeconomics*, n. 18, p. 459-468, 2000.
- BRODIE, D. C. Drug-use control: keystone to pharmaceutical service. *Drug Intelligence*, n. 1, p. 63-65, 1967.
- BRODIE, D. C. Time to plan. *Am J Pharm Education*, n. 41, p. 203-204, 1980.
- BYRD, G. D. Can the profession of pharmacy serve as a model for health informationist professionals? *J Med Libr Assoc*, n. 90, p. 68-75, 2002.

CHEN, T. F. et al. Collaboration between community pharmacists and GPs – the medication review process. *J Soc Adm Pharm*, n. 16, p. 145-56, 1999.

CIPOLLE, R. J.; STRAND, L. M.; MORLEY, P. C. *Pharmaceutical Care Practice*. Minneapolis: McGraw-Hill, 1998.

COMITÉ DE CONSENSO GIAF-UGR; GIFA-USE; GIF-UGR. Tercer Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM) y Resultados Negativos asociados a la Medicación (RNM). *Ars Pharm*, v. 48, n. 1, p. 5-17, 2007.

COSTA, L. H. Apresentação realizada no INTERNATIONAL CONGRESS OF PHARMACEUTICAL SCIENCES, 6. *Anais...* 2007.

CUNHA, B. C. A. *Medicamentos: fator de saúde?* São Paulo: Artpress, 1981.

DAVIDOFF, F.; FLORANCE, V. The informationist: a new health profession? *Ann Intern Med*, n. 132, p. 996-998, 2000.

DIPIRO et al. *Pharmacotherapy: a pathophysiologic approach*. New York: Mc Graw-Hill; 2008. 2802p.

FRANKLIN, B. D.; VAN MIL, J. W. Defining clinical pharmacy and pharmaceutical care. *Pharm World Sci*, v. 27, n. 3, p. 137, 2005.

FREITAS-LIMA, P. et al. Influence of enzyme inducing antiepileptic drugs on the pharmacokinetics of levetiracetam in patients with epilepsy. *Epilepsy Res*, n. 94, p. 117-120, 2011.

GOMES-JÚNIOR, M. S. *ABC da Farmácia*. São Paulo: Org. Andrei, 1988. 215 p.

GONÇALVES, R. B. M. *Tecnologia e organização social das práticas de saúde*. São Paulo: Hucitec Abrasco, 1994. 126 p.

GUIDONI, C. M.; PEREIRA, L. R. L. Sibutramine versus Metformin: evaluation of anthropometric, lipidic and glycemic parameters in obese patients. *Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada*, v. 33, n. 1, p. 49-55, 2012.

GUIMARÃES, C. et al. Tolerability and Effectiveness of Fluoxetine, Metformin and Sibutramine in reducing anthropometric and metabolic parameters in obese patients. *Arq Bras Endocrinol Metabol*, n. 50, p. 1020-1025, 2006.

GUIMARÃES, C. et al. *Benefícios do tratamento farmacológico da fluoxetina em mulheres obesas*. SIICsalud (Buenos Aires) 13, 2009.

HEN et al. Case studies in practice. *Medication review: a process guide for pharmacists*. Pharmaceutical Society of Australia, 2002.

HEPLER, C. D. The third wave in pharmaceutical education: the clinical movement. *Am J Pharm Education*, n. 51, p. 369-385, 1987.

HEPLER, C. D. Clinical Pharmacy, Pharmaceutical Care, and the Quality of Drug Therapy. *Pharmacotherapy*, v. 24, n. 11, p. 1491-1498, 2004.

HEPLER, C. D.; STRAND, L. M. Opportunities and responsibilities in Pharmaceutical Care. *Am J Hosp Pharm*, n. 47, p. 533-543, 1990.

IVAMA, A. M. et al. *Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica: proposta*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2002.

KHAN, M. U. A New Paradigm in Clinical Pharmacy Teaching in Pakistan. *Am J Pharm Educ*, v. 75, n. 8, 2011.

LEE, M. W. et al. Academic Pharmacy's role in practitioner preparation and continuing development to enhance healthcare and ensure optimal medication use. Report of the 2001-2002 Professional Affairs Committee. *Am J Pharm Educ*, n. 66, p. 23S-7S, 2002.

MARTÍN-CALERO, M. J. et al. Structural process and implementation programs of Pharmaceutical Care in different countries. *Current Pharmaceutical Design*, n. 10, p. 3969-3985, 2004.

MENEZES, E. B. B. Atenção farmacêutica em xeque. *Rev Pharm Bras*, n. 22, p. 28, 2000.

MIKEAL, R. L. et al. Quality of pharmaceutical care in hospitals. *Am J Hosp Pharm*, n. 32, p. 567-574, 1975.

MILLER, R. A. Pharmacy in (P)Review (presentation). 1968.

PALHANO, T. J. *Farmácia clínica, aconselhamento ao paciente*, RAM. Belo Horizonte: Faculdade de Farmácia, Universidade Federal de Minas Gerais. 2002.

PEREIRA, L. R. L.; FREITAS, O. A evolução da Atenção Farmacêutica e a perspectiva para o Brasil. *Braz J Pharm Sciences*, n. 44, p. 601-612, 2008.

PEREIRA, L. R. L. et al. Eficacia de la sibutramina en la resistencia insulínica y el control glucémico de pacientes obesos. *Seguim Farmacoterap*, v. 3, n. 4, p. 225-231, 2005.

PEREIRA, L. R. L. et al. Evaluation of the medicines interaction between carbamazepine and lamotrigine in epileptic patients. *Rev Neurol*, n. 43, p. 73-77, 2006.

PEREIRA, M. L.; NASCIMENTO, M. M. G. Das boticas aos cuidados farmacêuticos: perspectivas do profissional farmacêutico. *Rev Bras Farm*, v. 92, n. 4, p. 245-252, 2011.

PERETTA, M.; CICCIA, G. *Reingeniería de la Práctica Farmacéutica*. Buenos Aires: Panamericana, 1998.

PERINI, E. A questão do farmacêutico: remédio ou discurso? In: BONFIM, J. B. A.; MERCUCI, V. L. (Org.). *A construção da política de medicamentos*. São Paulo: Hucitec/Sobravime, 1997. Apêndice 1. p. 323-334.

PERINI, E.; ACÚRCIO, F. A. Farmacoepidemiologia. In: GOMES, M. J. V. M.; REIS A. M. M. (Org.). *Ciências farmacêuticas: uma abordagem em farmácia hospitalar*. Belo Horizonte: Atheneu, 2001. p. 85-107.

RIBEIRO FILHO, J. R.; BATISTA, L. M. Perfil da atenção farmacêutica nas farmácias comerciais no município de João Pessoa-PB. *Braz J Pharm Sciences*, v. 92, n. 3, p. 137-141, 2011.

SANTOS, M. R. C. *Profissão farmacêutica no Brasil: história, ideologia e ensino*. Ribeirão Preto: Holos, 1999. 156 p.

SCHOMMER, J. C.; WIEDERHOLT, J. B. The association of prescription status, patient age, patient gender, and patient questions asking behavior with the content of pharmacists-patient communication. *Pharm Res*, n. 14, p. 145-151, 1997.

SEVALHO, G. O medicamento percebido como objeto híbrido: uma visão do uso racional. In: ACÚRCIO, F. A. (Org.). *Medicamentos e Assistência Farmacêutica*. Belo Horizonte: Coopmed, 2001. p. 1-8.

- SILCOCK, J.; RAYNOR, D. K.; PETTY, D. The organisation and development of primary care pharmacy in the United Kingdom. *Health Policy*, v. 67, n. 2, p. 207-214, 2004.
- STORPIRTIS, S. et al. *Farmácia Clínica e Atenção Farmacêutica*. São Paulo. Guanabara Koogan. São Paulo, 2007. 489 p.
- VALLADÃO, M. L. F. *A profissão e o ensino de farmácia na visão dos novos profissionais mineiros*. Belo Horizonte: Faculdade de Farmácia – UFMG. 1981. 28 p. Relatório de Pesquisa do Projeto de Apoio ao Desenvolvimento do Ensino Superior (PADES).
- VAN MIL, J. W. F.; FERNADEZ-LLIMOS, F. What is ‘pharmaceutical care’ in 2013? *Int J Clin Pharm*, v. 35, n. 1, p. 1-2, 2013.
- WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *The role of the pharmacist in the health care system*. Geneva: OMS, 1994. 24 p. (Report of a WHO Meeting).
- WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Policy perspectives on medicines. Equitable access to essential medicines: a framework for collective action*. Geneva: World Health Organization, 2004. Disponível em: <<http://www.who.int/medicines/>>.
- WIEDENMAYER, K. et al. *Developing Pharmacy Practice: a focus on patient care*. World Health Organization (Department of Medicines Policy and Standards) Geneva, Switzerland. In collaboration with International Pharmaceutical Federation, The Hague, The Netherlands, 2006.

