

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto

**Farmácia Clínica no Brasil: a formação de um profissional capacitado e seu impacto
na construção de uma Assistência Farmacêutica de qualidade no Sistema Único de Saúde**

Prof. Dr. Leonardo R. L. Pereira

**Ribeirão Preto-SP
2013**

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto

Farmácia Clínica no Brasil: a formação de um profissional capacitado e seu impacto na construção de uma Assistência Farmacêutica de qualidade no Sistema Único de Saúde

Texto sistematizado apresentado ao Departamento de Ciências Farmacêuticas da Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para o concurso de Livre-Docência junto ao conjunto de disciplinas de Farmácia Clínica & Terapêutica e Atenção Farmacêutica: bases conceituais e metodológicas.

Prof. Dr. Leonardo R. L. Pereira

**Ribeirão Preto-SP
2013**

Capítulo 1

História e transformações da profissão farmacêutica no século XX.

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, pois até esse momento o ensino farmacêutico era ministrado dentro dos cursos de Medicina. Após a iniciativa romana, a regulamentação dessa profissão aconteceu em outras regiões do mundo, originando três classes profissionais distintas: médicos, cirurgiões e boticários (Gomes-Júnior, 1988; 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 posteriormente para o cuidado aos pacientes, torna-se necessário destacar alguns acontecimentos históricos que se desenrolaram durante o século XX (Wiedenmayer et al., 2006). Observando o século passado, destaca-se que as duas primeiras décadas são denominadas fase tradicional da profissão farmacêutica, onde 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 (Storpiritis et al., 2007).

Entretanto, durante as décadas de 1930 e 1940, mas principalmente após a II Guerra Mundial, a fase tradicional da profissão farmacêutica, caracterizada pela produção artesanal dos medicamentos, começou a ser substituída pela fase de transição. Essa relevante e profunda transformação da profissão farmacêutica foi desencadeada 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 tornou-se racional e cientificamente explicado, tendo seus 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 surge também uma sociedade moderna, estimulada para o consumo de mercadorias para absorver a demanda da produção industrial. Dessa forma o medicamento tornou-se uma mistura de bem de consumo e instrumento terapêutico, sendo esses fatores determinantes para a transformação da farmácia em simples estabelecimento comercial (Perini & Acúrcio, 2001; Angonesi & Sevalho, 2010).

Diante dessa realidade, vários farmacêuticos 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. Entretanto, 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 (Freitas et al., 2002).

Sendo assim, 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 (EUA) a uma profunda reflexão, a qual resultou no movimento denominado “Farmácia Clínica”. Dessa forma, iniciava a fase de transição da profissão farmacêutica.

Apesar da atividade clínica do farmacêutico começar a ser difundida após a década de 1960, esta 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 desenvolverem 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*, estabelecida em 1952, que os farmacêuticos eram proibidos de discutir os efeitos terapêuticos dos medicamentos com os pacientes, sendo assim os usuários deveriam ser encaminhados aos médicos ou dentistas para esclarecerem tais dúvidas, esse fato tornava 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 marcou oficialmente o final da fase tradicional e o início da fase de transição da profissão farmacêutica, sendo que esta teve origem nos hospitais, pois as primeiras atividades clínicas dos farmacêuticos foram descritas nesse ambiente de trabalho. O hospital tornou-se o local mais propício quando comparado às farmácias magistrais para a realização de atividades clínicas, pois o advento das indústrias farmacêuticas também transformou profundamente a atividade desse profissional no hospital, afastando-o da manipulação dos medicamentos, aproximando-o das atividades gerenciais, onde 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). Talvez o surgimento da Farmácia Clínica no ambiente hospitalar possa ser explicado devido às condições de trabalho do farmacêutico, pois a característica de "entregador" ou "distribuidor" de medicamento 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 destes.

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. Porém essa estrutura de trabalho permitia que esses profissionais obrigatoriamente tivessem acesso a todas as prescrições realizadas no ambiente hospitalar, sendo assim, com essas informações disponíveis tornou-se possível desenvolver novos serviços e estudos para tentar demonstrar sua relevância frente aos demais profissionais de saúde, auxiliando estes 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 desempenhadas 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 fossem adquirindo conhecimento e

ampliando sua área de inserção no ambiente hospitalar, sendo gradativamente reconhecidos pelos outros profissionais. Dessa forma, a partir de 1957 a *American Hospital Association* começou a estimular os 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, sendo 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”*.

A evolução da Farmácia Clínica 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) reconhece e define 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*”.

Em adição, a *European Society of Clinical Pharmacy* (ESCP) definiu essa atividade como “*especialidade da área da saúde, que descreve a atividade e o serviço do farmacêutico clínico para desenvolver e promover o uso racional e apropriado dos medicamentos e seus derivados.*”

A Farmácia Clínica também foi reconhecida como atividade farmacêutica na Inglaterra em 1988. No Brasil a Sociedade Brasileira de Farmácia Hospitalar (SBRAFH) em 1996, ao estabelecer os padrões mínimos para a Farmácia Hospitalar incluiu aspectos direcionados à clínica. Entretanto a maioria dos hospitais brasileiros continuam atribuindo aos farmacêuticos apenas as atividades administrativas, ainda é raro encontrar um farmacêutico clínico junto aos leitos dos pacientes.

Nosso grupo de pesquisa publicou uma série de seis estudos demonstrando o papel do farmacêutico clínico na equipe de saúde. Quatro estudos foram realizados originando-se de um trabalho de pesquisa que comparou a eficácia e segurança de três medicamentos (sibutramina, metformina e fluoxetina) versus o placebo na redução do peso corpóreo dos voluntários. Esses estudos foram publicados na *Seguimiento Farmacoterapeutico*, Arquivos

Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia, *SIIC Salud* e Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada, respectivamente em 2005, 2006, 2009 e 2012 (**Pereira et al., 2005; Guimarães et al., 2006; Guimarães et al., 2009; Guidoni & Pereira, 2012**).

Nesses artigos 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; Pereira 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 52, que restringia a utilização da sibutramina no país alterando o fármaco para a lista B2, que necessita de receituário especial para comercialização.

A presença do farmacêutico clínico foi demonstrada também em outras duas publicações do nosso grupo de pesquisa. A primeira, publicada na *Revista de Neurología* em 2006, avaliou a interação medicamentosa entre dois antiepilépticos (carbamazepina e a lamotrigina), quantificando a concentração plasmática desses fármacos no sangue e utilizando esses resultados para o ajuste de doses dos pacientes (**Pereira et al., 2006**). Enquanto que a segunda publicação 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, não apresentava redução do clearance e da meia-

vida de eliminação quando administrado em conjunto com os antiepiléticos indutores de primeira geração, como a carbamazepina, fenitoína e fenobarbital, por não sofrer metabolização hepática. Entretanto nosso estudo comprovou que o levetiracetam, mesmo sem ser metabolizado no fígado, pode necessitar de ajustes de doses, pois apresenta alterações na farmacocinética quando administrados a antiepiléticos que promovem indução enzimática. **(Freitas-Lima et al., 2011)**.

Apesar da terminologia Farmácia Clínica surgir em 1960, esse termo ainda pode ser considerado relativamente novo nos países em desenvolvimento. Khan (2011) relata que no Paquistão houve alterações na formação do farmacêutico desde 2004, com algumas Universidades modificando o ensino de graduação, transferindo o foco do aprendizado da dispensação para a orientação dos pacientes.

Segundo ainda o mesmo autor os métodos tradicionais de ensino, tais como a metodologia bancária, onde o educador deposita seus conhecimentos de forma unilateral, não são suficientes para fornecer o conhecimento necessário aos acadêmicos para que estes possam atuar com desenvoltura na área de Farmácia Clínica. Diante disso, alguns estudos tem 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, pode melhorar a formação desses alunos, pois permite que os estudantes possam dividir experiências diárias durante o estágio com o preceptor mais

experiente, além de utilizar essa nova metodologia de ensino para educar os usuários do sistema de saúde.

Em paralelo com o desenvolvimento e o 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.

Para compreender as críticas destinadas à Farmácia Clínica torna-se necessário compreender alguns aspectos pertinentes a essa atividade, pois no ambiente hospitalar, dependendo do quadro clínico do paciente, torna-se difícil a interação deste com a equipe de saúde, desenvolvendo um papel passivo frente aos cuidados de saúde. Diante dessa situação, a interação farmacêutico-paciente perde espaço para a interação farmacêutico-equipe de saúde.

Sendo assim, a preocupação principal do farmacêutico seria trabalhar com a terapêutica dos pacientes hospitalizados em conjunto com a equipe de saúde, porém alguns críticos destacam que o farmacêutico clínico tem como foco o medicamento e não os pacientes. Entretanto, 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 sanitária 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?

Dessa forma, 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, Brodie (1967) publicou que “*o farmacêutico necessita realizar*

uma mudança de foco: da farmacoterapia para os pacientes”. Dando continuidade às discussões iniciadas anteriormente, Mikeal *et al.*, (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 esta 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 farmacêutico, vale ressaltar que a partir da década de 1970, paralelamente, a Organização Mundial da Saúde (OMS) apresentava como objetivo principal assessorar os países membros a desenvolver políticas nacionais de medicamentos, principalmente voltadas para favorecer o acesso e o uso racional dos medicamentos para a população mais carente. Em adição, um Comitê de Especialistas da OMS em 1985 demonstraram a necessidade de mudança do foco de atuação dos profissionais da saúde para a atenção primária, 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 do 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, 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 de saúde, melhorando a assistência sanitária 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, esse fato pode 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 claro e evidente a necessidade dos países romper com o modelo hospitalocêntrico, racionalizando os recursos financeiros aplicados na área de saúde e tornar o atendimento da população mais sensato, investindo na promoção da saúde e na prevenção de doenças. Sendo assim 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 o farmacêutico clínico foi constantemente estimulado a desenvolver atividades na atenção primária, pois a presença de um profissional com esse perfil clínico poderia auxiliar os demais profissionais de saúde e os pacientes na utilização racional dos medicamentos nesse nível de atenção.

Frente à nova necessidade social, quais as habilidades e os conhecimentos necessários que um farmacêutico clínico deveria ter para atuar na atenção primária? Seria

importante reestruturar o currículo para preparar o profissional farmacêutico para atuar nesse novo nível de atenção sanitária?

Segundo Silcock et al. (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 & Strand, utilizaram pela primeira vez na literatura científica o termo “*Pharmaceutical Care*”, que foi traduzido em nosso país como Atenção Farmacêutica. Nesse artigo 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*”.

Este conceito foi discutido, aceito e ampliado, na reunião de peritos da OMS, realizada em Tóquio. Nesta reunião foi definido o papel chave do farmacêutico: “*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*”. Em 1998, a Federação Internacional dos Farmacêuticos adicionou ao conceito de Hepler & Strand que “*entre os objetivos da Atenção Farmacêutica estão a obtenção de resultados concretos que melhoram ou mantenham a qualidade de vida dos pacientes.*” (OMS, 1994; WHO 2004).

Com essa publicação em 1990, Hepler & Strand determinam o final da fase de transição da profissão farmacêutica, e iniciam 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. Nesse 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) (III Consenso de Granada, 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, entre outros. Nesse encontro foi definido o conceito de Atenção Farmacêutica: *“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”* (Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica, 2002).

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 farmacoterapêutico e registro sistemático das atividades (Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica, 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 et al., 2000).

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 nosso grupo de pesquisa, essa afirmação necessita ser mais profundamente discutida, pois entendemos 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 seu raciocínio clínico com atividades teóricas e práticas, este 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, devido às dificuldades referentes à condição de saúde do paciente, abordadas anteriormente.

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.

Diante disso, a própria OMS ressalta que a formação do novo farmacêutico deve mudar, e que o ensino de graduação deve caminhar para a prática, aproximando esse profissional da prestação de serviços junto aos pacientes, mas para isso 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 profissionais do medicamento para o cuidado aos pacientes receberam a formação tradicional, baseado no antigo paradigma do foco no produto farmacêutico. Portanto coube a esses profissionais buscarem e adquirirem o conhecimento do foco no paciente, para que pudessem desenvolver as habilidades necessárias para atuarem nesse novo papel, mas para isso

eles precisam estar conscientes de que deveriam tornar-se estudantes por toda a vida, uma das habilidades do farmacêutico “sete estrelas”.

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

Sendo assim, 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 et al., 1998).

Em adição, creio que 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 referentes 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. Enquanto que Farmácia Clínica tem sido definida como ciência, responsável pela formação clínica desse profissional. Dessa forma 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 (Sociedade Européia de Farmácia Clínica, 2003; Associação Americana dos Farmacêuticos Hospitalares, 2003).

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 et al., 2000).

Enfim, 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. 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 & Cicia, 1998).

A justificativa social dessa proposta pressupõe que o farmacêutico deve ser incorporado nas ações de saúde, ampliando seu campo de atuação também para a atenção primária e secundária, o que contribuiria 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 fora do serviço de saúde.

Atualmente, a OMS e outras Associações Farmacêuticas de relevância internacional consideram que a Atenção Farmacêutica é 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, armazenamento, distribuição, dispensação e 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 na maioria dos 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 conseqüências desse modelo anterior podem ser observadas pelos números referentes ao custo do sistema de saúde, onde 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 estão entre as seis principais causas de óbitos, o que custa ao país US\$ 130 bilhões ao ano, enquanto que no Reino Unido esse custo alcançou £ 466 milhões em 2004 (Wiedenmayer et al., 2006).

Entretanto, devido a algumas especificações nacionais, o termo “*Pharmaceutical Care*” pode sofrer interpretações distintas em alguns países, demonstrando que prevalece uma idéia 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 & Strand (1999), na qual a Atenção Farmacêutica 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, sendo que recentemente a OPAS sugeriu a utilização do termo "Serviços Farmacêuticos" para descrever as atividades relacionadas à pesquisa, difusão de informações, gestão, gerenciamento, manejo dos medicamentos e cuidado aos pacientes (Figura 1).

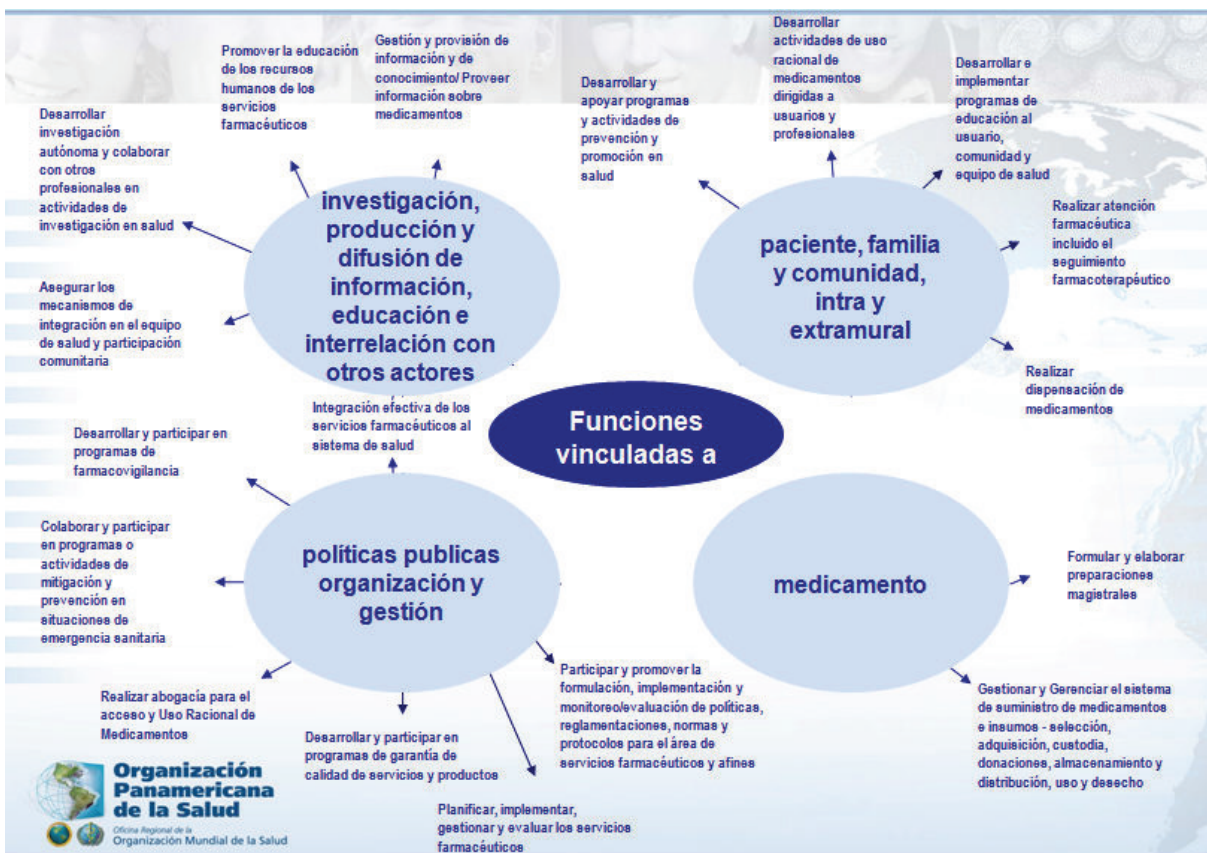


Figura 1: Os Serviços Farmacêuticos segundo a Organização Panamericana de Saúde (OPAS)

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, onde 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 Serviços Farmacêuticos que podem favorecer o confundimento com a Atenção Farmacêutica.

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 & Fernandez-Llimos (2013) questionam se a Atenção Farmacêutica é semelhante ao MTM. Além disso, os dois pesquisadores propõe a rediscussão de vários termos publicado em 1990 por Hepler & 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 aderência são objetivos principais da Atenção Farmacêutica? As atividades educacionais e de promoção da saúde, tais como programas anti-tabaco 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*, dividido em quatro domínios que resumem quais as 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, sendo eles dispensação, consulta farmacêutica e acompanhamento farmacoterapêutico (Martín-Calero et al., 2004).

Nesse sentido, 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), por isso a maioria das Faculdades de Farmácia dos Estados Unidos e da Europa tem acrescentado ao currículo algumas habilidades que desenvolvam a 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).

Diante dessa realidade, Davidoff et al. (2000) ressaltam que os novos profissionais de saúde precisam adaptar-se, tornando-se prestadores de informações, seja para os pacientes, como também 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, entre eles o próprio desconhecimento dos pacientes a respeito dessa nova prática profissional, além disso observa-se 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 valores ao tratamento farmacológico dos pacientes, esses últimos continuam achando que apenas a consulta médica pode dar todo o suporte necessário para o manejo e o tratamento

de suas patologias (Schomer & 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 de forma adequada e efetiva, pois apresentam um papel relevante na educação dos pacientes frente ao uso racional dos medicamentos (Alkhawajah & Eferakeya, 1992).

Sendo assim, diante do exposto nesse 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, neste manuscrito será utilizado o termo Atenção Farmacêutica, além de saber qual o caminho a seguir no futuro. Entretanto sabe-se que é 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 100 anos.