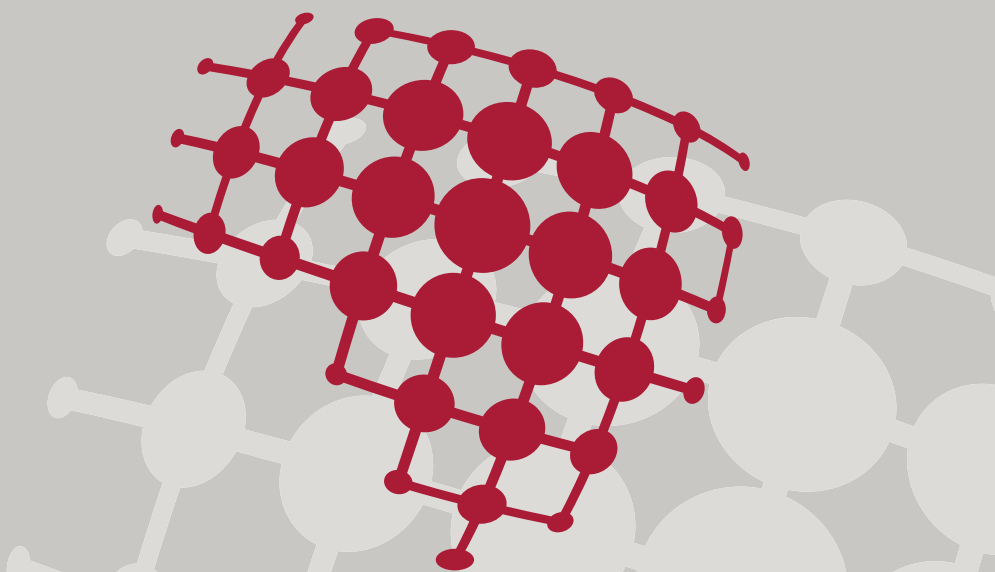


ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

NO BRASIL

Política, Gestão e Clínica



Atuação clínica do farmacêutico

Organização

Luciano Soares
Mareni Rocha Farias
Silvana Nair Leite
Marcelo Campese
Fernanda Manzini



VOLUME

V

**Assistência Farmacêutica no Brasil:
Política, Gestão e Clínica**

Atuação clínica do farmacêutico

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Reitor

Roselane Neckel

Vice-Reitora

Lúcia Helena Pacheco

EDITORA DA UFSC

Diretor Executivo

Fábio Lopes da Silva

Conselho Editorial

Fábio Lopes da Silva (Presidente)

Ana Lize Brancher

Andreia Guerini

Clélia Maria Lima de Mello e Campigotto

João Luiz Dornelles Bastos

Kátia Maheirie

Luiz Alberto Gómez

Marilda Aparecida de Oliveira Effting

COMITÊ ORGANIZADOR DA COLEÇÃO:

Eliana Elisabeth Diehl (UFSC), Luciano Soares (Univille),
Mareni Rocha Farias (UFSC), Rosana Isabel dos Santos (UFSC),
Silvana Nair Leite (UFSC), André Felipe Vilvert,
Fabiola Bagatini Buendgens, Fernanda Manzini,
Guilherme Daniel Pupo, Kaite Cristiane Peres,
Mônica Cristina Nunes da Trindade, Samara Jamile Mendes,
Bernd Heinrich Storb, Fabiola Farias Dutra,
Luciana Mendes Corrêa Schneider, Simone da Cruz Schaefer.

Editora da UFSC

Campus Universitário – Trindade

Caixa Postal 476

88010-970 – Florianópolis-SC

Fone: (48) 3721-9408

editora@contato.ufsc.br

www.editora.ufsc.br

Luciano Soares
Mareni Rocha Farias
Silvana Nair Leite
Marcelo Campese
Fernanda Manzini
Organização

Volume V

**Assistência Farmacêutica no Brasil:
Política, Gestão e Clínica**

Atuação clínica do farmacêutico

© 2016 dos autores

Coordenação editorial:

Paulo Roberto da Silva

Projeto gráfico e editoração:

Paulo Roberto da Silva

Capa:

Leonardo Gomes da Silva

Paulo Roberto da Silva

Revisão:

Regina Zandomênicó

Judith Terezinha Müller Lohn

Ficha Catalográfica

(Catalogação na publicação pela Biblioteca Universitária da Universidade Federal de Santa Catarina)

A886 Atuação clínica do farmacêutico / organização de Luciano Soares...[et al].
– Florianópolis : Ed. da UFSC, 2016.

353 p. : il., graf., tabs. – (Assistência Farmacêutica no Brasil: Política,
Gestão e Clínica ; v. 5)

Inclui bibliografia

1. Prática profissional – Farmácia. 2. Serviços farmacêuticos. I. Soares,
Luciano. II. Série.

CDU: 615.1

ISBN 978-85-328-0768-7



Este livro está sob a licença Creative Commons, que segue o princípio do acesso público à informação. O livro pode ser compartilhado desde que atribuídos os devidos créditos de autoria. Não é permitida nenhuma forma de alteração ou a sua utilização para fins comerciais.

br.creativecommons.org

Sumário

| | |
|---|------------|
| Prefácio 1 | 7 |
| Prefácio 2 | 15 |
| Apresentação | 17 |
| CAPÍTULO 1 O DEVIR DA PROFISSÃO FARMACÊUTICA E A CLÍNICA FARMACÊUTICA | 21 |
| Marcelo Campese | |
| Luciano Soares | |
| Silvana Nair Leite | |
| Mareni Rocha Farias | |
| CAPÍTULO 2 SERVIÇO DE DISPENSAÇÃO: UM SERVIÇO DE SAÚDE..... | 45 |
| Noemia Liege Maria da Cunha Bernardo | |
| Lígia Hoepfner | |
| CAPÍTULO 3 DA BOTICA À CLÍNICA FARMACÊUTICA..... | 91 |
| Leonardo Régis Leira Pereira | |
| CAPÍTULO 4 CONTEXTO SOCIOCULTURAL DO USO DE MEDICAMENTOS | 115 |
| Eliana Elisabeth Diehl | |
| Esther Jean Langdon | |
| CAPÍTULO 5 IMPACTOS E PERSPECTIVAS DOS SERVIÇOS FARMACÊUTICOS SOBRE O MANEJO DA TERAPÊUTICA .. | 153 |
| Leonardo Régis Leira Pereira | |
| CAPÍTULO 6 COMUNICAÇÃO E ADESÃO À FARMACOTERAPIA | 183 |
| Mauro Silveira de Castro | |
| Paulo Maximiliano Corrêa | |
| Tatiana von Diemen | |
| CAPÍTULO 7 MODELOS DE SEGUIMENTO FARMACOTERAPÊUTICO | 221 |
| Cassyano Januário Correr | |
| Lúcia de Araújo Costa Beisl Noblat | |
| Mauro Silveira de Castro | |

| | |
|--|-----|
| CAPÍTULO 8 ABORDAGENS FARMACÊUTICAS EM CONDIÇÕES CRÔNICAS | 253 |
| Mauro Silveira de Castro Paulo Maximiliano Corrêa Juliane Fernandes Monks da Silva | |
| CAPÍTULO 9 RESULTADOS CLÍNICOS CONTROVERSOS EM ATENÇÃO FARMACÊUTICA | 303 |
| Mauro Silveira de Castro Paulo Maximiliano Corrêa | |
| CAPÍTULO 10 FARMACOVIGILÂNCIA NOS SERVIÇOS FARMACÊUTICOS..... | 319 |
| Paulo Sérgio Dourado Arrais Iane Franceschet de Sousa Marlene Zannin | |
| Sobre os autores | 351 |

Prefácio 1

Educação Permanente e Transformadora na Assistência Farmacêutica para garantir os avanços de uma Política de Estado

Ao iniciar a leitura de uma obra como a que se apresenta, que é resultado do trabalho articulado entre Universidades, gestores públicos e profissionais ligados aos serviços de atenção à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), é essencial retomar um pouco da história e das ações anteriores, que tornaram possível esta iniciativa de ampliação da qualificação no âmbito da Assistência Farmacêutica.

Após o processo eleitoral de 2002, com a eleição do presidente Luiz Inácio Lula da Silva, iniciou-se um período de transição de governo, marcado pela intensa, aprofundada e ampla atividade de diagnóstico das ações, em andamento nos diferentes segmentos da gestão pública federal e das lacunas porventura existentes.

No campo da saúde, um dos focos estratégicos referia-se às ações ou programas voltados ao acesso da população a medicamentos e à Assistência Farmacêutica, incluindo as respectivas interfaces setoriais, as características e as funcionalidades das estruturas de gestão e o atendimento de diretrizes porventura existentes nas políticas públicas vigentes. Nesse campo específico, as atividades da então equipe de transição, definida pelo governo que se instalaria a partir de janeiro de 2003, foram coordenadas pelo Prof. Jorge Zepeda Bermudez, pesquisador da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), contando com a participação do Prof. Norberto Rech, docente da Universidade Federal de Santa Catarina e, à época, presidente da Federação Nacional dos Farmacêuticos (Fenafar).

O intenso trabalho dessa equipe identificou lacunas importantes no processo de gestão das ações e dos programas voltados para o acesso aos medicamentos e à Assistência Farmacêutica, incluindo os aspectos relacionados à produção pública de medicamentos e vacinas pelos laboratórios farmacêuticos oficiais. Entre outros aspectos, tais lacunas estavam associadas à significativa fragmentação das ações e das iniciativas direcionadas ao acesso aos medicamentos, representada pela existência de aproximadamente vinte “programas” distintos que tratavam com medicamentos, com financiamentos também fragmentados e extemporâneos, com elencos de medicamentos sobrepostos e com gestão não articulada.

Naquele contexto, o referido diagnóstico identificou os reflexos negativos de tais desarticulações e fragmentações no cotidiano dos serviços de atenção à saúde, tanto no campo da atenção primária como naqueles com maiores exigências em termos de complexidade tecnológica e de recursos financeiros. Esses reflexos envolviam, principalmente, a interrupção sistemática no abastecimento de medicamentos e de outras tecnologias em saúde, com resultados claramente agravantes no impedimento ao acesso qualificado da população a produtos e serviços e na fragilidade das garantias da integralidade do processo de atenção à saúde.

No que se refere à educação permanente e à ampliação da qualificação dos profissionais atuantes no campo da Assistência Farmacêutica, poucas foram as iniciativas identificadas à época e que tenham sido implementadas pelos gestores federais, especialmente aquelas que pudessem resultar em impactos consistentes no âmbito do SUS. Tal constatação constituiu lacuna essencial a ser superada para a construção das perspectivas de avanço de quaisquer políticas públicas voltadas à atenção à saúde, aqui compreendida nos seus aspectos intersetoriais e interdisciplinares.

Como resultado da identificação da realidade da gestão pública naquele momento da vida nacional, devidamente associada à necessidade de institucionalização de conceitos, de entendimentos, de diretrizes e de eixos estratégicos capazes de estruturar e dar consequência a uma política pública mais ampla e consistente nesse campo da saúde, o relatório final da equipe de transição apresentou sugestões, que foram consideradas estratégicas pelo governo que iniciou em janeiro de 2003.

Entre as sugestões mais relevantes e aprovadas pelo então novo governo federal, e inseridas na ação mais ampla de planejamento do Ministério da Saúde (MS), estavam a criação da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE) e, como uma das suas estruturas essenciais, o Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos (DAF).

A criação da SCTIE e do DAF constituiu passo essencial para a superação das fragmentações evidenciadas ao final do ano 2002, bem como para a instituição, no MS, de locus qualificado para as interfaces setoriais com outros campos da estrutura de governo, com os setores produtivos públicos e privados e com os segmentos organizados da sociedade civil, na perspectiva de garantir o acesso da população aos medicamentos, às demais tecnologias e aos serviços demandados pelas ações de atenção à saúde, nos seus diferentes níveis de complexidade, e considerada a sua característica de integralidade.

Ao revisitar a história recente das políticas públicas inseridas ou com interfaces com a Política Nacional de Saúde, é inequívoca a percepção de que os aspectos essenciais da formulação pensada e institucionalizada a partir de 2003 encontram-se hoje consolidados na estrutura do MS, com impactos importantes

e positivos no estabelecimento e na manutenção de competências direcionadas ao desenvolvimento da capacidade científica, tecnológica e produtiva nacional, na perspectiva sempre presente do fortalecimento do SUS como sistema de saúde universal, e para a superação das suas vulnerabilidades.

Nesse aspecto, vale destacar que a SCTIE tem a responsabilidade institucional de atuar fortemente no processo coletivo de formular e implementar políticas nacionais, em particular no campo da ciência, tecnologia e inovação em saúde; da Assistência Farmacêutica; e do fomento à pesquisa e à inovação em saúde. Essa estrutura formal também assume o papel institucional de identificar e desenvolver métodos e mecanismos voltados à análise da viabilidade econômico-sanitária e ao estímulo a empreendimentos públicos e privados no campo mais amplo do Complexo Industrial da Saúde; de promover as condições para o estímulo ao desenvolvimento tecnológico e para a produção nacional de produtos e tecnologias considerados estratégicos para o país; bem como de coordenar o processo dinâmico de incorporação crítica de tecnologias em saúde no âmbito do SUS.

No que se refere à Assistência Farmacêutica, as novas estruturas definidas para o MS a partir de 2003, com destaque particular para a criação do DAF, proporcionaram condições favoráveis para a superação das fragmentações identificadas; para a articulação com as demais áreas do Ministério; para o estabelecimento de interfaces com outros setores do governo e com a sociedade civil organizada; para o planejamento das ações; e para a capacitação institucional de viabilizar a implantação de uma política pública nesse campo, sendo esta última construída a partir do envolvimento dos distintos setores representados no conjunto das instâncias do Controle Social do sistema de saúde brasileiro.

Naquele contexto, uma das primeiras iniciativas coletivas foi a realização da I Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica, no período de 15 a 18 de setembro de 2003, cujo tema central foi “Acesso, Qualidade e Humanização da Assistência Farmacêutica com Controle Social”. Esta Conferência, com temática definida, planejada e organizada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), reuniu, em Brasília, 1.180 participantes, entre os quais os 906 delegados eleitos nas 27 conferências estaduais, as quais foram precedidas das respectivas conferências municipais. Como principal resultado desse processo, destaca-se a aprovação da Resolução nº 338 pelo CNS, a qual estabeleceu, em maio de 2004, a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF). Esta política foi institucionalizada pelo MS, o qual passou a considerar a Assistência Farmacêutica como uma das prioridades estratégicas da Política Nacional de Saúde e como das suas ações voltadas à integralidade das ações de atenção à saúde no Brasil.

Um dos passos importantes para a consolidação da Assistência Farmacêutica como política pública, devidamente inserida na prática dos serviços de atenção à saúde, a se ressaltar é a sua inclusão no conjunto das definições do chamado Pacto

pela Saúde, instituído pelo MS em fevereiro de 2006, por meio da Portaria nº 399, a qual tratou da “Consolidação do SUS e aprovou as Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde”.

O referido Pacto retratou o entendimento dos gestores federal, estaduais e municipais de que, naquele momento, o processo normativo do SUS necessitava contemplar a ampla diversidade e as diferenças do nosso país, e que a elaboração de uma nova norma deveria contribuir para a construção de um modelo de atenção que incluísse os princípios do SUS, sob a égide da responsabilidade sanitária, adequada à realidade de cada estado e região do país, integrando ações de promoção à saúde, atenção primária, assistência de média e alta complexidade, epidemiologia e controle de doenças, vigilância sanitária e ambiental; reafirmar a importância das instâncias deliberativas do SUS; bem como fortalecer o seu controle social.

Naquele contexto, uma vez estabelecidas as diretrizes operacionais do Pacto pela Saúde, o MS fez publicar a Portaria GM/MS nº 699, que regulamentou as Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida e de Gestão, bem como a Portaria GM/MS nº 698, que instituiu a nova forma de transferência dos recursos federais destinados ao custeio de ações e serviços de saúde em blocos de financiamento. Estas diretrizes reafirmam princípios e consolidam processos importantes da regionalização e dos instrumentos de planejamento e programação, tais como o Plano Diretor de Regionalização (PDR), o Plano Diretor de Investimentos (PDI), e a Programação Pactuada Integrada (PPI), além de possibilitarem a reorganização dos processos de gestão e de regulação do sistema de saúde no âmbito dos estados, especialmente com vistas a melhorar e qualificar o acesso dos cidadãos às ações e aos serviços de atenção à saúde.

As definições estabelecidas em 2006 são essenciais para a compreensão da Assistência Farmacêutica como parte estratégica da Política Nacional de Saúde, especialmente no que tange aos recursos financeiros para a sua estruturação e implementação, nos diferentes níveis de complexidade. A partir do chamado “Pacto pela Saúde”, a Assistência Farmacêutica consolidou-se como um dos blocos prioritários de financiamento para o custeio das ações e dos serviços de saúde, considerando a alocação dos recursos federais. Pelas definições adotadas, as bases de cálculo e os montantes financeiros destinados para os estados, para os municípios e para Distrito Federal passaram a ser compostos por memórias de cálculo, para fins de histórico e monitoramento, ao mesmo tempo em que os estados e os municípios assumiram maior autonomia para alocação dos recursos, de acordo com as metas e prioridades estabelecidas nos respectivos planos de saúde. Nesse aspecto, vale ressaltar que as normativas estabelecidas em 2006 incluíram o estabelecimento do chamado “Componente de Organização da Assistência Farmacêutica”, constituído por recursos federais destinados ao custeio de ações e serviços inerentes à Assistência Farmacêutica,

numa demonstração de evolução dessa política específica, cujo eixo de atenção deixa de estar voltado apenas ao suprimento de medicamentos e passa, concretamente, a envolver os distintos aspectos do fazer em saúde, como parte de serviços estruturados, qualificados e com fontes de financiamento absolutamente definidas.

Em avaliação recente (2014), por ocasião dos 10 anos de estabelecimento da PNAF, a análise das definições emanadas da Conferência Nacional que lhe deu origem indicou que, das 528 propostas que estavam relacionadas diretamente às competências do MS ou que deveriam ser executadas em parceria com outros órgãos federais ou outras instituições/entidades, 42% foram atendidas, 41% foram atendidas parcialmente, 4% estavam em desenvolvimento (consideradas de desenvolvimento continuado) e 13% ainda representavam lacunas a superar.

Esses resultados foram debatidos em dezembro de 2014, durante o VII Fórum Nacional de Assistência Farmacêutica, em Brasília, evento que contou com a presença dos ex-Diretores do DAF, bem como de gestores estaduais e municipais da Assistência Farmacêutica. Os debates apontaram que a PNAF está consolidada como parte integrante da Política de Saúde e que contribui diretamente para o Projeto Nacional de Desenvolvimento.

Tal consolidação pode ser representada tanto pela ampliação sistemática do financiamento do MS, destinado para o acesso da população aos medicamentos e às ações de Assistência Farmacêutica no SUS, bem como pela institucionalização de mecanismos eficientes para a coordenação e o planejamento da Assistência Farmacêutica, claramente traduzidos pelo estabelecimento dos seus Componentes Básico, Estratégico e Especializado. Também merece destaque a crescente participação percentual dos gastos do MS com as estratégias de acesso a medicamentos no SUS, cujas cifras eram de 5,8% do seu orçamento em 2002, e passaram à casa de 12% no ano de 2015, sendo que os valores nominais deste último ano ultrapassaram os 14 bilhões de reais.

Além das relações intersetoriais relativas aos medicamentos sintéticos e biológicos, a consolidação da Política Nacional de Assistência Farmacêutica, a liderança do DAF/SCTIE/MS, tornou possíveis as interfaces que resultaram na elaboração técnica, nas iniciativas intergovernamentais e na articulação com distintos segmentos da sociedade brasileira para o estabelecimento da Política Nacional e do Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, consolidada por intermédio de Decreto Presidencial publicado em 2006. Entre os pressupostos estabelecidos nesse documento oficial, destacam-se as definições relativas às ações direcionadas à garantia de acesso seguro e ao uso racional de plantas medicinais e fitoterápicos, com a promoção do uso sustentável da biodiversidade e com o desenvolvimento da cadeia produtiva e da indústria nacional. O Programa específico vem apoiando 66 Arranjos Produtivos Locais (APL), além de projetos de desenvolvimento da “Assistência Farmacêutica em

Plantas Medicinais e Fitoterápicos”, incluindo os aspectos relativos à definição de novos mecanismos regulatórios para o registro sanitário de fitoterápicos. A importância dessas iniciativas foi demonstrada, no ano de 2012, pela definição e institucionalização da “Ação Orçamentária específica do Programa de Plantas Medicinais e Fitoterápicos”. Também merece destaque o fato de que todas as ações da Política e do Programa são acompanhadas e monitoradas pelo Comitê Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, cuja composição é formada 50% por representantes da sociedade civil organizada.

Para além dos medicamentos, medidas estruturantes foram concebidas na gestão da Assistência Farmacêutica nos anos de 2003 a 2016. Com a implantação do QUALIFAR-SUS, foram definidas e adotadas ações voltadas à implantação, ao desenvolvimento, aprimoramento e à integração sistêmica das atividades da Assistência Farmacêutica nas ações e nos serviços de saúde. Concebido em 4 eixos (Estrutura, Informação, Educação e Cuidado), esse programa engloba as estratégias de qualificação, desenvolvidas na perspectiva de recuperar a capacidade de gestão da Assistência Farmacêutica, bem como de dotar as unidades de saúde de estruturas físicas compatíveis ao atendimento humanizado do usuário de medicamentos. Atualmente, 70% (1.582 dos 2.257) dos municípios incluídos no Plano Brasil Sem Miséria com menos de 100.000 habitantes já foram beneficiados pelo QUALIFAR-SUS em seu eixo Estrutura. A disponibilização do Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica (Hórus) para 1.756 municípios também integra a estratégia de qualificar a gestão, associada às iniciativas de qualificação dos recursos humanos da Assistência Farmacêutica por meio do eixo Educação, iniciativas que já atingiram mais de 10.000 trabalhadores do SUS. Por outro lado, o usuário, como centro do cuidado em saúde, vem recebendo, por meio do eixo Cuidado, orientações sobre o uso correto dos seus medicamentos. Tais iniciativas constituem respostas aos anseios da sociedade e do Controle Social do sistema de saúde brasileiro, em perfeito alinhamento ao tema central da recém-realizada XV Conferência Nacional de Saúde (“Saúde pública de qualidade para cuidar bem das pessoas”).

Nesse aspecto, o DAF tem adotado iniciativas para o fortalecimento do apoio técnico a estados e municípios para a qualificação da gestão da Assistência Farmacêutica, tanto para aqueles contemplados no programa QUALIFAR-SUS como para aqueles que receberam outros financiamentos federais da área.

Nos últimos quatro anos, o DAF passou a fortalecer o projeto de Educação Permanente em Saúde, especialmente na modalidade de educação a distância, gerando estratégias de qualificação profissional com diferentes parceiros nacionais e internacionais, incluindo o Banco Mundial, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), os Conselhos de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) e o Departamento de Informática do SUS (DATASUS), o que tem

possibilitado a ampliação de um formato inovador no processo de capacitação em serviço, com o desenvolvimento de cursos de curta duração, com oferta de material audiovisual (vídeo-aulas, tutoriais em vídeo e jogos) e tutoria a distância voltada à realidade dos profissionais de saúde nas mais diferentes realidades e nos estabelecimentos de saúde. Estas estratégias incluem a abordagem de temas, como a utilização do Sistema Hórus e outros sistemas informatizados, além de cursos específicos para demandas como aquelas relativas à Saúde Indígena e aos processos relacionados aos componentes da Assistência Farmacêutica e ao programa Farmácia Popular do Brasil.

No período de 2011 a 2015, o número de inscritos nos cursos de curta duração, ofertados pelo DAF/SCTIE/MS, foi de 10.308, sendo que 8.619 (83%) trabalhadores foram qualificados. Este número tende a ser ampliado após a internalização, em 2016, de uma plataforma *web* especificamente customizada para o desenvolvimento rápido de novos cursos a serem ofertados pelo departamento. Tal plataforma possibilitará a adoção de iniciativas de educação permanente a distância, com foco nas práticas diárias de profissionais da Assistência Farmacêutica nos estados e municípios, envolvendo temas como o cuidado farmacêutico, a fitoterapia e as plantas medicinais, bem como a farmácia popular. A mesma plataforma também possibilitará o estabelecimento de parcerias regionais para a oferta de cursos no âmbito da América Latina e do Caribe.

Todas essas considerações são importantes para o olhar da história do desenvolvimento da Assistência Farmacêutica no Brasil, como parte estratégica da Política Nacional de Saúde. Entretanto, para além desses aspectos, é essencial considerar que vivemos numa sociedade em transformação, com profundos embates políticos e ideológicos inerentes à evolução social, mas também marcada pelo crescente esclarecimento das contradições, na qual a desigualdade e a exclusão constituem abismos a superar.

Nesse contexto, são imensos os desafios colocados para os gestores públicos, para a Academia, para os trabalhadores em saúde, para as instâncias do Controle Social do SUS e para o conjunto da cidadania brasileira. Entre tais desafios, certamente, está a adoção de instrumentos que possibilitem a permanente melhoria das políticas públicas, com destaque para aquelas voltadas à constante ampliação da qualificação dos trabalhadores que as implementam e dos seus respectivos processos de trabalho. Todavia, para além da educação permanente e transformadora, também é essencial que essas políticas públicas, consideradas estratégicas e estruturantes, sejam dotadas de imunidade frente às oscilações circunstanciais das vontades e conveniências dos gestores públicos e dos governos, permitindo-lhes a perenidade necessária ao cumprimento dos seus princípios e das diretrizes de longo prazo, bem como ao atendimento dos preceitos constitucionais que as originaram. Tais características estão perfeitamente adequadas à Política Nacional de Assistência Farmacêutica, a qual transcende, no contexto brasileiro, a função de uma política

de governo e assume, como parte da Política Nacional de Saúde, o papel de uma verdadeira política de Estado.

Assim, temos certeza de que a presente obra retrata com maestria as experiências, as vivências e as reflexões que contribuem enormemente para a evolução no campo da Assistência Farmacêutica, entendida como uma política pública a serviço das pessoas, inegavelmente relacionada com a construção permanente do SUS que desejamos e cujas interfaces são estratégicas no campo do desenvolvimento nacional.

Por entendermos a importância das construções coletivas, tal como aquela que possibilitou a formulação e a implantação da Política Nacional de Assistência Farmacêutica, e termos tido a possibilidade de sermos gestores dessa política, a apresentação desta obra também deve ser coletiva. Portanto, subscrevem esta apresentação todos os Diretores do DAF/SCTIE/MS, do atual aos seus antecessores, numa demonstração de que o SUS se constrói no coletivo, no cotidiano dos compromissos e nos fazeres de todos nós, mulheres e homens, que transformam o presente e constroem o futuro.

Que tenhamos uma boa leitura!

José Miguel do Nascimento Júnior (4º Diretor do DAF/SCTIE/MS)

Manoel Roberto da Cruz Santos (3º Diretor do DAF/SCTIE/MS)

Dirceu Brás Aparecido Barbano (2º Diretor do DAF/SCTIE/MS)

Norberto Rech (1º Diretor do DAF/SCTIE/MS)

Maio de 2016

Prefácio 2

A coleção “Assistência Farmacêutica no Brasil: Política, Gestão e Clínica” contempla um importante repertório de conteúdos de relevância para o aprimoramento da prática da assistência farmacêutica no país.

A publicação, produzida pela Universidade Federal de Santa Catarina, é a junção dos conteúdos pedagógicos produzidos para a 1ª e 2ª edição do curso de Especialização em Gestão da Assistência Farmacêutica na modalidade a distância e de outros notórios capítulos inéditos. A coleção é voltada para farmacêuticos, bem como para professores e estudantes do curso de Farmácia e áreas afins.

Organizada em cinco volumes: I – Políticas de saúde e acesso a medicamentos, II – Gestão da assistência farmacêutica, III – Seleção de medicamentos, IV – Logística de medicamentos e V – Atuação clínica do farmacêutico, a publicação apresenta um vasto conteúdo com abordagens que visam fortalecer a atuação do farmacêutico no Sistema Único de Saúde (SUS).

Com agradável proposta estética e de fácil linguagem, a coleção é uma obra-prima que reconhece a assistência farmacêutica como parte integrante da Política Pública de Saúde.

É com muita satisfação que a Secretaria da Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SGTES) do Ministério da Saúde, parceira de iniciativas de cunho formativo que visam favorecer transformações nas práticas de saúde, aceitou apresentar esta importante obra.

Parabenizamos os organizadores por este trabalho e recomendamos sua leitura por se tratar de um avanço do conhecimento no campo da Assistência Farmacêutica.

Secretaria da Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SGTES)

Apresentação

O direito à saúde é um princípio ilustre e, mais recentemente, reconhecido na prática cotidiana dos brasileiros. Uma saúde que não é um princípio abstrato, de vaga definição: é reconhecido por sua materialidade no acesso a serviços e tecnologias, contexto no qual os medicamentos alcançam especial atenção.

Apesar de se estruturar como política pública tardiamente no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Assistência Farmacêutica ganhou notoriedade por seu grande impacto tanto sobre a gestão e terapêutica, quanto na sociedade como um todo. Proclamada pelo Conselho Nacional de Saúde em 2004, a Política Nacional de Assistência Farmacêutica trouxe as diretrizes para o desenvolvimento do setor como área produtiva e do acesso da população, incluindo produtos, serviços, força de trabalho e políticas setoriais colaborativas.

A descentralização, como princípio organizacional do SUS, atribuiu aos estados e aos municípios responsabilidades crescentes sobre o acesso e o uso adequado de recursos terapêuticos. O profissional farmacêutico entrou, definitivamente, para o grupo das profissões que constroem e fazem o SUS acontecer, aumentando sua inserção e responsabilidade no setor público. Municípios e serviços de saúde demandam o trabalho farmacêutico, em todos os níveis de atenção, em diversas atividades relacionadas à acessibilidade dos medicamentos.

O trabalho do farmacêutico tem, cada vez mais, contribuído com os resultados em saúde (fato observado em pesquisas junto à população atendida), premissa cada vez mais aceita por gestores de saúde e revelada pelo nível crescente de contratação no SUS (a Farmácia é uma das profissões com maior incremento observado na última década).

O aumento da demanda por profissionais e serviços farmacêuticos evidenciou também, nos últimos anos, a necessidade de promover a qualificação, mesmo daqueles formados a partir das Diretrizes Curriculares Nacionais de 2002, que já envolviam conhecimentos para atuação no SUS, e que, para além da qualificação técnica, avançam em competências relacionais, políticas e sociais.

Buscando suprir tal necessidade, o Ministério da Saúde demandou à Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) o desenvolvimento das propostas de Especialização em Gestão da Assistência Farmacêutica – EaD (entre 2010 e 2014) e de Capacitação para Gestão da Assistência Farmacêutica

– EaD: Especialização, Aperfeiçoamento e Estudos de Aprofundamento (entre 2013 e 2016), no âmbito da Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS).

Como premissa fundamental, os cursos apresentaram o entendimento da Assistência Farmacêutica como um conjunto de ações, cuja finalidade é o acesso e o uso racional dos medicamentos. Observaram, ainda, que a gestão da Assistência Farmacêutica deve empregar os melhores conhecimentos técnico-científicos sobre medicamentos e processos de gestão, radicada em processos políticos, no envolvimento e na responsabilidade social, e tendo o usuário como centro e finalidade do cuidado em saúde. Os cursos foram estruturados de forma a contribuir com a construção compartilhada de uma rede de desenvolvimento, pesquisa e ensino da Assistência Farmacêutica em todo o Brasil – objetivo conotado em sua logomarca.

Resultados como os 2499 farmacêuticos qualificados, 66 docentes envolvidos na produção e desenvolvimento do curso, 53 tutores, 719 orientadores de Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), 18 polos regionais, além de projetos conjuntos de pesquisa, ensino e a implantação de serviços por todo o país demonstram a rede constituída e indicam a dimensão do que foi realizado.

Almejando amplificar o público alcançado por esta iniciativa e propiciar maior difusão ao conteúdo especialmente elaborado para os cursos, a UFSC e o Ministério da Saúde lançam esta coleção organizada em cinco volumes. Esta é uma oportunidade inédita para construir, referenciar e discutir conjuntamente o tema, e de subsidiar o ensino e a prática da Assistência Farmacêutica. Os autores envolvidos, com as mais diversas experiências profissionais na assistência farmacêutica – da docência à pesquisa, da prática na atenção primária à gestão em todos os níveis, de todas as regiões do país, representam, sem dúvida, a maior iniciativa de construção coletiva em torno da Assistência Farmacêutica no Brasil.

O Volume I contextualiza o acesso a medicamentos nas políticas públicas brasileiras, na ética e na educação em saúde. Apresenta a assistência farmacêutica em sua evolução histórica e inserção na sociedade. O Volume II trata da gestão da assistência farmacêutica sob os aspectos políticos e relacionais e dos atributos profissionais e processos envolvidos na gestão, além de discutir princípios e instrumentos de planejamento e avaliação. A seleção de medicamentos é o tema do Volume III, fundamentado nas ferramentas da epidemiologia e da avaliação econômica de tecnologias em saúde. A logística e os aspectos técnicos e legais relacionados a medicamentos, incluindo homeopáticos e fitoterápicos, são abordados no Volume IV, aprofundando a concepção farmacêutica destes processos.

Este Volume V aborda a atuação clínica do farmacêutico nos serviços de saúde de forma abrangente e compreensiva, sob os aspectos profissional, terapêutico, sociocultural e técnico. O livro visa subsidiar a prática profissional

em diferentes contextos: em uma consulta clínica, na dispensação de medicamentos, na seleção de uma lista padronizada, na análise das opções de aquisição e distribuição, na definição pelo investimento em um ou outro serviço de saúde a ser disponibilizado à população, entre outros. A temática discutida no livro é relativamente recente no desenvolvimento das ciências farmacêuticas no Brasil, característica refletida pela pluralidade de abordagens teóricas utilizadas pelos autores dos 10 capítulos, e pela existência de múltiplos termos e conceitos que remetem à atuação clínica do farmacêutico no país. Nossa proposta aqui é explorar a riqueza de seus significados, permitindo ao leitor ampliar seu olhar sobre o tema.

O centro da questão é sempre o mesmo em todos os volumes: a melhor condição de saúde dos usuários do SUS – como um direito fundamental, propósito do farmacêutico e dever do Estado brasileiro. Só o conjunto das ações, dos conhecimentos e das práticas qualificadas dos farmacêuticos pode alcançar este grande objetivo da Assistência Farmacêutica.

O Grupo de Pesquisa Políticas e Serviços Farmacêuticos da UFSC conduziu o desenvolvimento das duas edições do Curso e a organização desta obra. Ao finalizar, ressaltamos a importância do apoio recebido do Departamento de Ciências Farmacêuticas e dos Programas de Pós-Graduação em Farmácia da UFSC e em Assistência Farmacêutica – associação de Instituições de Ensino Superior (IES), que em conjunto com autores, polos regionais e toda a equipe envolvida, contribuíram para concretizar a imagem objetivo apresentada nestas linhas. Fica o desejo de que muitos colegas farmacêuticos, profissionais que atuam em prol da saúde, e estudantes possam compartilhar, aplicar, criticar e contribuir com esta coleção de livre acesso a todos os interessados!

Comitê Organizador da Coleção

O DEVIR¹ DA PROFISSÃO FARMACÊUTICA E A CLÍNICA FARMACÊUTICA

Marcelo Campese
Luciano Soares
Silvana Nair Leite
Mareni Rocha Farias

1.1 Introdução

A palavra “devir” expressa um conceito filosófico cujo sentido é o das mudanças pelas quais passam as coisas, a contraposição entre o ser (como algo imutável) e o vir a ser (como um processo em transformação).

O que caracteriza hoje a profissão farmacêutica e para onde vamos? Tradicionalmente, a profissão firmou-se em um conjunto de conhecimentos técnicos inerentes aos medicamentos e à atuação profissional na Farmácia. Ao final do século XX, a abordagem sociotécnica dos cuidados em saúde ressurgiu,

¹ Heráclito de Éfese (500 a.C.): “Tudo flui e nada permanece, tudo dá forma e nada permanece fixo”. Devir constitui uma série de mudanças de modos de Ser. Nesse sentido está em oposição ao Ser enquanto imutável (LALANDE, 1999).

e ganhou força nos últimos anos, apontando a atividade clínica como o caminho da transformação.

A palavra “clínica”, originada do grego *klinikê*, significa “cuidados médicos a um doente acamado” (HOUAISS, 2002). Em um contexto mais amplo, a clínica pode ser entendida como “um conjunto de crenças, posturas, habilidades e atitudes dirigidas a reduzir o sofrimento, a dor, a doença e a evitar a morte” (FAVORETO; CAMARGO JÚNIOR, 2002). Atualmente, o termo tem sido empregado no sentido do cuidado profissional, visando o restabelecimento da saúde dos indivíduos em diferentes profissões. Assim, surgiram a clínica odontológica, a clínica em enfermagem, em nutrição, psicologia entre outras. Na área da Farmácia, o tema tem sido abordado sob diferentes prismas ao longo do tempo, conforme apresentado no Capítulo *Da botica à clínica farmacêutica*.

Considerando esses pressupostos, o presente capítulo reflete sobre as mudanças necessárias na profissão farmacêutica, visando a incorporação da clínica no seu fazer atual. Como ponto de partida, é necessário discutir a abordagem clínica a ser adotada e qual o *locus* de atuação. A prática profissional no âmbito da dispensação de medicamentos apresenta um caráter dicotômico, na interface da natureza comercial das farmácias e da essência sanitária do trabalho farmacêutico. Este fato tem gerado questionamentos a respeito da viabilidade da clínica farmacêutica no âmbito da dispensação de medicamentos. Contudo, em um contexto legal de transformação da Farmácia em estabelecimento de saúde, a incorporação da clínica na dispensação de medicamentos pode ser vista como oportunidade. Uma nova abordagem para a dispensação de medicamentos é apresentada no Capítulo *Serviço de dispensação: um serviço de saúde*.

1.2 Natureza da atividade clínica

A clínica está presente em quase todas as categorias da saúde como um elemento intrínseco à prática profissional. Reconhece-se um trabalhador de saúde por sua ação clínica, comumente simbolizada pela associação entre consultório e jaleco, em que, tradicionalmente, se busca um conjunto de sinais e sintomas localizados no corpo, que indicarão um procedimento a ser realizado como meio para resolver o(s) problema(s).

Almeida Filho (1993) assim caracteriza o processo cognitivo da técnica clínica:

Sempre que o quadro de sinais/sintomas lhe dá elementos suficientes, ele (ou ela) firma um diagnóstico. Quando o perfil sintomatológico não se mostra suficientemente claro, como ocorre na maioria das vezes, o clínico levanta hipóteses diagnósticas, partindo para a realização de exames ditos

complementares. Esses testes têm a finalidade de produzir novos dados que, integrados às outras informações clínicas, serão enquadrados em uma “entidade mórbida” estabelecida ao longo do processo da observação clínica. Nessa fabricação do conhecimento sobre um caso clínico, muitas vezes o diagnosticador tem que agir de um modo que pode ser considerado “intuitivo”. Geralmente, o seu roteiro de trabalho consiste, porém, em estudar os casos particulares empregando formulações gerais previamente definidas (que é a nosografia estabelecida), tratadas como se fossem leis universais. O modo de raciocínio do clínico é, portanto, fundamentalmente dedutivo. (ALMEIDA FILHO, 1993, p. 39, grifo do autor).

Na concepção clássica da clínica, o doente é examinado visando o diagnóstico, a definição do prognóstico e a prescrição de um tratamento, por meio de técnicas e de um processo organizado. A clínica médica atingiu um grande desenvolvimento nos séculos XVIII e XIX, considerando as descobertas na área da biologia e as tecnologias para a instrumentalização da técnica médica (MOREIRA; ROMAGNOLI; NEVES, 2007).

O desenvolvimento da clínica durante o século XX foi influenciado pelo modelo de atenção à saúde instituído. Esse modelo foi fundamentado em uma concepção biológica da doença, articulada à formação médica hospitalar, especializada e individualista, conhecida como o modelo biomédico de atenção à saúde. Esta compreensão fundou-se no encantamento provocado pelo avanço tecnológico observado no século XX, com o surgimento do chamado complexo médico industrial, envolvendo a descoberta de novos fármacos, e o desenvolvimento de diferentes técnicas e tecnologias diagnósticas, que se tornaram o principal mecanismo de orientação da conduta clínica.

Camargo Júnior (1997) vincula o modelo biomédico à mecânica clássica, apontando seu caráter generalizante a partir de leis com pretensa validade universal e que se aplicam a todas as situações análogas; à visão mecanicista aplicada à biologia, tendo como eixo a analogia dos eventos naturais ao funcionamento das máquinas; e ao caráter analítico experimental positivista, que isola as partes a fim de compreender e explicar os fenômenos, sendo que o todo é significado como a mera soma das partes. Associado a isso, “a organização dos setores público e privado na assistência à saúde, a deficiência na formação profissional, os interesses econômicos mais ou menos explícitos das indústrias farmacêutica e de equipamentos médicos” levaram a uma prática caracterizada pelo “uso excessivo de exames complementares, a desvalorização da subjetividade do paciente (e do próprio médico), a farmacologização excessiva, que configuram uma propensão iatrogênica intrínseca” (CAMARGO JÚNIOR, 1997, p. 66).

A crítica a este modelo não significa negar o desenvolvimento das tecnologias duras voltadas aos princípios biomédicos, mas propõe que essas

tecnologias isoladas, mesmo que somadas entre si, não dão conta da clínica voltada às necessidades de saúde.

1.3 A clínica fundamentada nas necessidades de saúde

Uma nova clínica requer uma nova concepção na qual a pessoa passe a ser o centro do cuidado orientado à comunidade. Essa concepção indica uma mudança no núcleo do cuidado, superando o modelo biomédico. Considerando a concepção de Merhy e Franco (2009) sobre o trabalho em saúde, nessa mudança, o trabalho vivo (em ato) se sobressai sobre o trabalho morto (instrumental), por meio da produção da saúde com base em tecnologias “leves, relacionais, e a produção do cuidado de forma integralizada, operando em ‘linhas de cuidado’ por toda extensão dos serviços de saúde, centrado nas necessidades dos usuários”.

O processo de trabalho do profissional de saúde, ao considerar a necessidade de saúde como uma categoria importante no desenvolvimento de suas ações, valoriza, ponderadamente, a racionalidade terapêutica, as preferências individuais de usuários e o contexto da comunidade. Há uma reorientação do foco da atenção, redirecionando a centralidade dos problemas e da doença, para buscar atender às necessidades que impactam a saúde das pessoas, com maior resolutividade das ações.

Esta abordagem está baseada em algumas concepções teóricas a respeito das necessidades de saúde.² Segundo Willard (1982), as necessidades correspondem a meios ou formas de alcançar resultados em saúde, considerados valiosos no processo de cuidado. Stotz, citado por Cecílio (2001) coloca que “as necessidades de saúde são social e historicamente determinadas/construídas, elas só podem ser captadas e trabalhadas em sua dimensão individual”. Cecílio (2001), coloca que considerar as necessidades das pessoas que buscam “cuidados em saúde” como fundamental na prática profissional propicia uma melhor escuta. Para tanto, o autor busca a aplicabilidade do conceito necessidades de saúde no cotidiano dos trabalhadores e dos serviços de saúde, e propõe que as necessidades de saúde sejam apreendidas em quatro grandes conjuntos. Sem pretender aprofundar este tema, apresentamos a taxonomia de necessidades de saúde segundo Cecílio (2001) e Andersen e Davidson (2007), as quais consideramos próprias para a reflexão sobre a clínica farmacêutica (Quadro 1).

² Para saber mais sobre o tema, recomendamos a leitura do Capítulo 1 – O processo saúde-doença-cuidado, que integra o Volume I desta coleção.

Quadro 1 – Taxonomia das necessidades de saúde, segundo Cecílio (2001) e Andersen & Davidson (2007)

| Referência | Taxonomia das necessidades de saúde |
|----------------------------|---|
| Cecílio (2001) | Condições de vida Acesso às diferentes tecnologias em saúde Vínculo entre o usuário e o profissional de saúde Autonomia do sujeito |
| Andersen e Davidson (2007) | Necessidade percebida Necessidade avaliada Necessidade ambiental Índices de saúde da população |

Fonte: Adaptado de Cecílio (2001); Andersen; Davidson (2007).

A necessidade percebida corresponde a um fenômeno social relativo à experiência e à percepção do sujeito sobre sua condição de saúde e sobre o itinerário mais apropriado para obter os resultados positivos em saúde. Essa percepção é multideterminada e está relacionada ao meio, no qual coexistem usuário, profissional e serviço de saúde; e às características culturais da comunidade; e à autonomia do sujeito (SOARES, 2013; ANDERSEN; DAVIDSON, 2007).

A necessidade avaliada diz respeito à característica do profissional de saúde, a partir de seus conhecimentos e da técnica que ele detém na utilização de ferramentas e instrumentos. A avaliação da necessidade é modulada por aspectos sociais e culturais, que contribuem para orientar as proposições dos profissionais de saúde ao usuário (SOARES, 2013; ANDERSEN; DAVIDSON, 2007).

As condições de vida envolvem infraestrutura urbana, moradia, condições ambientais e a variação nos dados sociodemográficos, que refletem diferentes inserções no processo produtivo e a diversidade dos determinantes do processo saúde/doença/cuidado (o conceito proposto por Cecílio é análogo aos conceitos de necessidade ambiental e aos índices de saúde da população postulados por Andersen e Davidson). A necessidade percebida, por exemplo, por um idoso aposentado é diferente da necessidade de um trabalhador mais jovem. Assim, entre adultos, a manutenção do emprego e a busca de melhores condições de moradia são meios para alcançar alguns resultados de saúde, muitas vezes, prioritários em relação a práticas de cuidado indicadas pelos profissionais de saúde. A relação da pessoa com o meio onde vive, bem como a análise que o profissional de saúde faz das condições ambientais, sociais e culturais, podem determinar sua necessidade por acesso aos serviços, modulando sua oferta.

Nesse processo, conhecer o território é fundamental. A territorialização é um instrumento importante para os serviços de saúde, pois permite conhecer os

aspectos geográficos, demográficos, indicadores sociais, a origem, a organização e a estrutura onde o serviço está inserido. Ao compreender o território, o profissional pode analisar melhor as necessidades de saúde e, assim, sustentar sua prática em habilidades e competências mais apropriadas (RICIERI et al., 2006). Esta atividade não é comum na área farmacêutica e, muito recentemente, tem sido introduzida na formação na área da saúde pública ou coletiva. Contudo, ela pode ser muito útil para a construção de um atendimento diferenciado nas farmácias.

O acesso às diferentes tecnologias em saúde e a sua caracterização como necessidade pressupõem poder consumir toda tecnologia de saúde que represente um meio para atingir o estado de saúde desejado, no sentido de melhorar a vida. Aqui inclui-se usar medicamentos em todas as fases da linha de cuidado, usar um serviço farmacêutico capaz de manejar a farmacoterapia, ou conhecer e usufruir de estratégias não farmacológicas úteis. O critério que deve nortear o uso é o benefício potencial de cada tecnologia.

O vínculo entre o usuário e o profissional de saúde deve ser entendido como “mais do que a simples adesão a um serviço ou a inscrição formal em um programa, significa o estabelecimento de uma relação contínua no tempo, pessoal e intransferível, calorosa” (CECÍLIO, 2001). No encontro das subjetividades, cada usuário é diferente e, mesmo com padrões clínicos e farmacológicos semelhantes, as situações de vida são distintas, e o vínculo construído ao longo do tempo é essencial para a produção do cuidado de saúde. O vínculo se constrói a partir de uma relação de confiança entre o profissional de saúde e o usuário do serviço.

Por ser, em sua essencialidade, um serviço de porta aberta, a dinâmica de funcionamento da farmácia, com acessibilidade “livre”, historicamente sem barreiras físicas e comportamentais, pode constituir uma vantagem para o farmacêutico em relação a outros profissionais de saúde, para estabelecer uma relação profissional-usuário com maior horizontalidade, na construção de uma nova clínica. Nesse sentido, trabalhar a ambiência (como será visto posteriormente) é fundamental para o estabelecimento do vínculo, incluindo a eliminação de outras barreiras. A farmácia deve resgatar sua ambiência histórica, permitindo que o usuário e o farmacêutico interajam na construção de novos valores e significados para o processo saúde/doença/cuidado.

A última dimensão apontada na taxonomia de Cecílio (2001) trata da autonomia do sujeito. Neste aspecto, a informação e a educação em saúde, discutidos em outros livros e capítulos desta série, são componentes importantes, mas não únicos. A autonomia, segundo o autor, “implicaria na possibilidade de reconstrução, pelos sujeitos, dos sentidos de sua vida e desta resignificação ter peso efetivo no seu modo de viver, incluindo aí a luta pela satisfação de suas necessidades, da forma mais ampla possível”.

Ao contrário do que se possa pensar, a autonomia não se constrói apenas a partir das informações dos profissionais de saúde. A pessoa, em sua casa, no seu trabalho, em seus círculos sociais, mantém uma miríade de relações, que são extrínsecas aos serviços de saúde, e que lhe dão acesso a outras informações e possibilidades de cuidado e atenção. Essa dimensão da autonomia deve ser entendida e respeitada pelos profissionais, que não devem exigir dos usuários a submissão de suas vidas às técnicas estabelecidas pelos serviços de saúde.

É imperativo, para o sucesso do exercício da clínica, considerar as necessidades de saúde. Desconsiderar *o que, o como e o porquê* da percepção de necessidade do usuário, e limitar-se à avaliação profissional, aumenta as chances de que o trabalho realizado na provisão do serviço de cuidado apresente resultados insatisfatórios. Esse processo requer a convivência com dilemas morais, principalmente quando a pessoa, sujeito do processo de trabalho, apresenta resistência ou se manifesta contrária à indicação do profissional de saúde. Nesses momentos, a sensibilidade, o conhecimento técnico e a vivência profissional tornam-se fundamentais.

1.4 A clínica farmacêutica como uma necessidade de saúde

Considerando a concepção de Bradshaw (1972), tornar um serviço uma necessidade passa pela tomada de decisão feita por *experts* do que será disponibilizado pelo sistema de saúde (necessidade avaliada, na taxonomia de Andersen e Davidson, 2007). Na Farmácia, a tomada de decisão pode envolver somente os medicamentos, ou abranger o serviço clínico, dependendo da sustentação técnica e da força política dos *experts* responsáveis. Assim, para a consolidação da clínica farmacêutica, esta deve ser considerada já na concepção das necessidades estabelecidas pela expertise do farmacêutico,³ e não apenas a partir do uso de medicamentos.

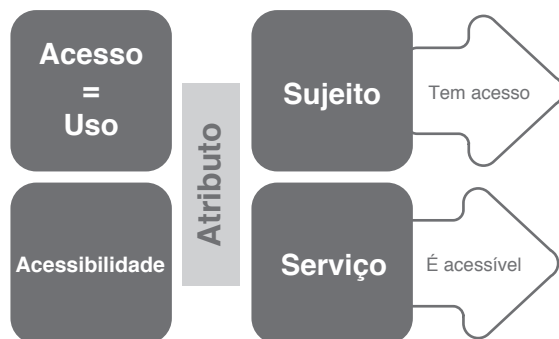
Os farmacêuticos, embora detentores da prerrogativa histórica de aviar as prescrições, têm delegado o ato privativo da dispensação de medicamentos a trabalhadores leigos. Essa situação suscita o questionamento sobre se os serviços farmacêuticos promovem dispensação ou entrega de medicamentos. A dispensação deve compreender, necessariamente, a interação entre os farmacêuticos (provedores do serviço) e os pacientes ou cuidadores (usuários do serviço), resultando em um processo de trabalho de concriação de valores.

³ Construção derivada do conceito de necessidade normativa que, de acordo com Bradshaw (1972), é o que profissionais e gestores definem como necessidade em uma dada situação.

Nesses valores residem a relevância do serviço farmacêutico, com potencial para incrementar o reconhecimento social (SOARES et al., 2014).

Nesta concepção deve-se inserir também a discussão sobre o acesso aos serviços de saúde. O acesso aos serviços e produtos pode ser definido como o uso desses por um indivíduo em necessidade, com o propósito de modificar seu estado de saúde. Esse uso constitui um comportamento do sujeito, sob múltiplas e complexas influências, coerentes com a complexidade do processo saúde doença quando olhado à luz do paradigma da determinação social. Nesse contexto, a acessibilidade a serviços compreende a capacidade de um sistema produzir esses serviços de forma a proporcionar o uso da interação com o profissional ou de insumos necessários no contexto de serviços assistenciais (Figura 1). A acessibilidade é um dos fatores a influenciar o uso de medicamentos (SOARES, 2013).

Figura 1 – Acesso e acessibilidade em saúde



Fonte: Elaborado pelos autores.

Na área farmacêutica, o que se observa é uma organização focada exclusivamente no acesso ao produto farmacêutico, desvinculada de um serviço que garanta o uso correto e seguro deste produto. Os dados da Pesquisa Nacional sobre Acesso e Uso de Medicamentos⁴ mostram que cerca de 95% dos pacientes com hipertensão ou diabetes, que relataram ter indicação de tratamento farmacológico, conseguem obter seus medicamentos. Este acesso diminui com o aumento das comorbidades e do número de medicamentos indicados.

A experiência humana com o uso de remédios ou medicamentos é antiga, vasta, diversa, complexa e pouco explorada da perspectiva científica. O acesso a medicamentos cura ou controla doenças e, paradoxalmente, pode causar ou agravar doenças; assim, o uso de medicamentos é associado ao mitigar do sofrimento humano e ao aumento desse sofrimento. O não uso causa angústia e

⁴ Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos no Brasil (PNAUM), Primeiros Resultados. In: V Congresso Brasileiro sobre o Uso racional de Medicamentos. São Paulo, Brasil, 2014.

adia o atendimento de uma necessidade que define o medicamento como recurso valioso para o tratamento. Pode-se dizer que o impacto do uso ou não uso de medicamentos sobre a vida das pessoas é cada vez maior, sobretudo devido a ubiquidade desse produto no modo de vida da civilização ocidental.

O uso adequado de medicamentos promove os efeitos capazes de produzir resultados desejados e consequências adversas. Esse comportamento traduz-se não apenas em efeitos farmacológicos, mas também em fenômenos que envolvem a construção sociocultural de atitudes, decisões, reflexões e práticas pessoais do sujeito usuário e dos provedores dos serviços que empregam medicamentos. Esses componentes transcendem as fronteiras da dimensão biológica comumente considerada e exigem do farmacêutico compreender o medicamento para além da abordagem tecnológica.

O uso de medicamentos parece constituir o ponto de partida ideal para a formulação da ciência e da arte corporativa de uma clínica farmacêutica. No Capítulo 4, este aspecto do uso dos medicamentos é abordado com maior profundidade.

Uma parte importante da experiência de uso dos medicamentos pelos pacientes ocorre fora dos processos de interações com provedores profissionais. Os medicamentos são tecnologias físicas sofisticadas e construções sociais simbólicas, cujos atributos complexificam sua utilização, como veremos adiante. Para citar duas dimensões relevantes, constituintes do uso de medicamentos e pouco exploradas pelas Ciências Farmacêuticas, a prescrição de medicamentos como elemento de legitimação social da doença (*sickness*) e os micropoderes ensejados nas relações envolvendo medicamentos, modulam atitudes e decisões de uso. Para compreender a experiência do adoecer e aliviar o sofrimento, os profissionais do cuidado precisam entender o significado pessoal da doença, tendo-se como instrumentos principais as ciências sociais e do comportamento (MEAD; BOWER, 2000).

Para configurar um serviço, a clínica farmacêutica precisa constituir um conjunto de conhecimentos, procedimentos e rotinas específicos e diferenciados o suficiente para pertencer ao corpo da profissão farmacêutica. Ao mesmo tempo, seu objeto de ação deveria configurar uma necessidade de saúde aos sujeitos. Enquanto atividade, deve constituir-se meio para alcançar os desfechos em saúde idealizados, reunindo características valorizadas na ciência e entre os provedores de outras profissões, mas, principalmente, alcançando o reconhecimento social de necessidade. Contudo, como reconhecer como necessidade algo desconhecido?

Em sua constituição, o serviço de dispensação de medicamentos deveria ser integrado ao processo de cuidado, considerando o acesso como um atributo; o acolhimento, vínculo e responsabilização, a gestão e os aspectos clínico-farmacêuticos como seus componentes; e o uso racional dos medicamentos

como propósito (SOARES et al., 2013). Nesse sentido, a clínica farmacêutica poderia ser desenvolvida em diferentes contextos e serviços, com a atuação direta do profissional junto aos usuários do serviço, e ainda na avaliação da necessidade por medicamentos.

1.5 Panorama dos serviços farmacêuticos no Brasil

O exercício da atividade clínica requer, além de competências e habilidades humanas, um cenário que viabilize seu desenvolvimento. Este cenário é constituído por um local que proporcione sua execução em um contexto social, político e legal. Hoje, no Brasil, vários cenários têm sido apontados para o desenvolvimento dos serviços clínicos.

Contexto da utilização de medicamentos no Brasil

No que diz respeito ao contexto, qualquer que seja o cenário ou a época, em se tratando de serviços farmacêuticos, o primeiro elemento que se identifica é o medicamento, produto tecnicamente elaborado que exerce um papel de destaque nos serviços de saúde como um todo, apresentando uma complexa natureza simbólica. Lefevre (1983) explica que “o signo ou símbolo é um estímulo ou realidade material [...] que, através de um sistema convencional ou código, exerce a função de estar-no-lugar-de ou representar algo”, o que, no caso do medicamento, dá materialidade a uma condição, muitas vezes, abstrata, característica do processo saúde/doença/cuidado. Essa materialidade foi intensificada pelo comportamento da prática médica, na qual o medicamento é um instrumento dominante do processo de cuidado. Assim, para hipertensos e diabéticos, frequentemente, o marco inicial da doença é dado pelo início da terapia farmacológica, mesmo que na fase inicial tenham sido prescritas mudanças de hábitos de vida.

A busca do acesso e o desejo por medicamentos deu a eles uma característica que, além de serem um instrumento terapêutico, passaram a ser um bem de consumo valioso. Esse conjunto de atributos, em uma relação dialética, passou a contribuir para a experiência pessoal no uso dos medicamentos. Essa experiência produz representações sociais determinadas no cotidiano do trabalho, da família, dos serviços de saúde, e das mais diversas possibilidades de interação entre os sujeitos e o mundo. O medicamento pode representar um estado de adoecimento, agravamento ou de saúde, bem como de medo e de esperança.

Além destes atributos simbólicos, os medicamentos são a razão de ser do segundo setor mais rentável do mundo, o setor farmacêutico. As estratégias econômicas da indústria farmacêutica fizeram com que a demanda

pelo medicamento se expandisse. Segundo a Associação dos Laboratórios Farmacêuticos Nacionais (Alanac), o mercado farmacêutico nacional deve movimentar 132 bilhões de reais em 2015 (ALANAC, 2015).

As políticas públicas voltadas ao setor farmacêutico, inicialmente, estiveram fortemente direcionadas ao aumento da disponibilidade, quer por meio de políticas de preços, de programas específicos para o setor público ou dos convênios com o setor privado. Contudo, somente o aumento da disponibilidade do medicamento, tanto nos serviços públicos de saúde, quanto nas farmácias privadas, não é suficiente para garantir que os indivíduos em necessidade e, por consequência, a sociedade atinjam um estado de saúde pretendido.

Para disponibilizar o medicamento ao usuário, um elemento catalítico tornou-se fundamental: o profissional de saúde. Em qualquer forma de organização dos serviços farmacêuticos que haja disponibilização de medicamentos, há um contato entre o usuário do serviço e o profissional que o atende. Este profissional pode exercer um papel, exclusivamente, executor do ato de entregar o medicamento, assemelhando-se às características de um processo taylorista/fordista, representado por Charlie Chaplin em Tempos modernos, e que pressupõe um nível de produtividade e o consumo de massa. De outra forma, esta ação pode constituir um serviço clínico, promovendo o cuidado.

O usuário e o profissional de saúde são atores sociais⁵ que podem, ou não, produzir cuidado. Quando um desses atores é o farmacêutico, pressupõe-se que esse ato não se restrinja à entrega do medicamento, mas incorpore rotinas específicas na interação com o usuário. Farmacêutico e usuário são atores sociais singulares, constituídos de diferentes conhecimentos técnicos e sociais, acadêmicos e populares, habilidades e capacidades que, condicionados à governabilidade profissional ou à agência pessoal sobre cada situação, produzem cuidado.

Locais para o desenvolvimento dos serviços clínicos

Em relação aos locais para o desenvolvimento das atividades clínicas, pode-se pensar em diferentes possibilidades. O Capítulo 3 apresenta uma abordagem histórica, citando as antigas boticas e o ambiente hospitalar como locais da prática clínica. Hoje discute-se o consultório farmacêutico, as visitas domiciliares e outras possibilidades.

Os estabelecimentos farmacêuticos relacionados à dispensação ou à disponibilização de medicamentos seriam locais propícios para o desenvolvimento

⁵ Ator social, definido por Carlos Matus, é “uma personalidade, uma organização, ou um agrupamento humano, que, de certa forma, estável ou transitória, tem capacidade de acumular força e desenvolver interesse, produzindo fatos na situação” (apud LALUNA; FERRAZ, 2003).

da clínica farmacêutica? Quando se constitui em farmácia, deve ser uma “unidade de prestação de serviços destinada a prestar assistência farmacêutica, assistência à saúde e orientação sanitária individual e coletiva” (BRASIL, 2014). O farmacêutico é o profissional responsável pela farmácia e deve estar presente nela. Portanto, este serviço deveria ser concebido a partir da lógica clínica.

Contudo, atualmente, nem todo estabelecimento onde se desenvolvem os serviços farmacêuticos são farmácias, formando um mosaico de estruturas e processos que torna complexa a criação de uma organização padrão ou a implantação, em larga escala, de um modelo único de clínica farmacêutica.

Nos serviços públicos, existem farmácias municipais com registro sanitário, vários farmacêuticos em todo o horário de funcionamento, farmácias que funcionam em unidade isolada, onde não existem outros serviços de saúde, que atendem demanda espontânea e para alguns programas apenas com agendamento, e aquelas que estão inseridas em um território (bairro) específico. Muitas não possuem registro sanitário, nem profissional farmacêutico. Há unidades de saúde rurais ou de saúde indígena onde os medicamentos são levados pela equipe apenas nos dias de funcionamento.

Nas farmácias privadas, também existem aquelas que têm farmacêutico em todo o horário de atendimento, e outras que não. Algumas atendem prefeituras e podem estar vinculadas a hospitais, associações ou faculdades. As farmácias conveniadas ao programa Farmácia Popular do Brasil podem estar inseridas formalmente, ou não, na rede municipal de saúde.

Embora com diferentes possibilidades de organização, esses serviços possuem alguns elementos semelhantes, que podem ser analisados sob a perspectiva da construção de um cenário para o desenvolvimento da clínica. Entre esses elementos, destacam-se o medicamento e a relação profissional/usuário.

Após um longo afastamento entre o farmacêutico e o usuário, uma série de ações buscaram reaproximar o farmacêutico dos serviços assistenciais da Farmácia no Brasil. Impulsionados pelo processo de redemocratização e pela criação do SUS na Constituição de 1988, marcos como o Dia Nacional de Mobilização pelo Farmacêutico na Farmácia (1987) e os seminários nacionais de reforma curricular, na década de 1990, contribuíram para resgatar a função do farmacêutico como profissional de saúde, produzindo ações políticas para que a farmácia se tornasse um estabelecimento de saúde (CAMPESE; MEZZARROBA, 2005).

Com o farmacêutico de volta à farmácia, surgem novas demandas por tecnologias sociais relacionadas ao processo de cuidado farmacêutico. Em algumas situações, estão sendo desenvolvidas tecnologias sociais inovadoras como, por exemplo, para estruturar o processo de trabalho dos farmacêuticos

nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Em outras situações, a solução tem sido adaptar tecnologias desenvolvidas para outros sistemas de saúde, em outras sociedades, as quais, muitas vezes desconsideram as iniquidades sociais que influenciam o acesso a medicamentos. Poucas são as tecnologias relacionadas à clínica farmacêutica passíveis de apropriação direta, muito em função da singularidade dos atores sociais envolvidos, como veremos nos demais capítulos deste livro.

1.6 A ambiência como fator essencial no processo de cuidado

O Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização, em 2010, produziu uma edição da série de textos básicos em saúde, dedicada à ambiência. Este documento aponta que a ambiência “refere-se ao tratamento dado ao espaço físico entendido como espaço social, profissional e de relações interpessoais que deve proporcionar atenção acolhedora, resolutiva e humana” (BRASIL, 2010).

Considerando o número de estabelecimentos e a presença de farmacêutico como responsável técnico, a farmácia pode ser um cenário privilegiado, onde o conjunto de saberes, de tecnologias sociais e de insumos pode ser utilizado por farmacêuticos e usuários, na construção de um serviço socialmente útil, visando produzir cuidado em saúde.

Atualmente, a farmácia tornou-se um local para se obter medicamento, cujo fornecimento se dá por intermédio de um balcão, janela, grade, vidro ou de outras barreiras, estrategicamente posicionadas para assegurar um distanciamento conveniente entre profissionais e usuários e estruturar a dinâmica de atendimento. A organização, com o trabalhador de pé e o usuário do outro lado, em fila, inibe a realização de rotinas de maior complexidade, impede o estabelecimento de vínculo, mas assegura a produtividade (seja serviço público ou privado) e a lucratividade (quando estabelecimento privado). Ávido por consumir o medicamento, o usuário nutre a expectativa que o trabalhador forneça o produto e não vê razão para o atendimento durar mais que poucos minutos.

Nesse contexto, no serviço público, observa-se a localização da farmácia, muitas vezes, “escondida”, seja embaixo da escada, na sala dos fundos ou anexa ao restante do serviço de saúde, em regra, com grades ou janelas para entregar os medicamentos. Nas farmácias privadas, o *layout* inclui gôndolas e a promoção das ofertas, a disponibilidade de produtos não correlatos à saúde e uma dinâmica comercial de natureza sociotécnica bem definida. Assim, uma questão pertinente é se a ambiência da farmácia é

apropriada para a produção clínica do farmacêutico. Vejamos algumas fotos reais de farmácias na Figura 2.

Figura 2 – Imagens de farmácias reais



- (1) Organização em guichê, que proporciona atendimento individualizado e com usuário e profissional sentados.
- (2) O atendimento por abertura da parede localizada abaixo da janela, que está abaixo da saída externa do ar condicionado.
- (3) Janela, mas com grades, além de uma mesa com os medicamentos de maior saída entre a janela e o atendente.
- (4) O tradicional balcão.
- (5) Farmácia comercial com seus cartazes e promoções.
- (6) Pequena janela na parede onde os usuários são atendidos do lado de fora da farmácia, sem enxergar o atendente.
- (7) Os medicamentos são armazenados em um banheiro desativado e, no momento da entrega ao usuário, são levados a uma bancada que fica próxima à entrada.

Fonte: Fotos de arquivo pessoal dos autores.

Mesmo nas situações em que o medicamento está disponível e o usuário tem possibilidade de diálogo com o farmacêutico, o cuidado fica comprometido por uma estrutura precária ou direcionada ao consumo.

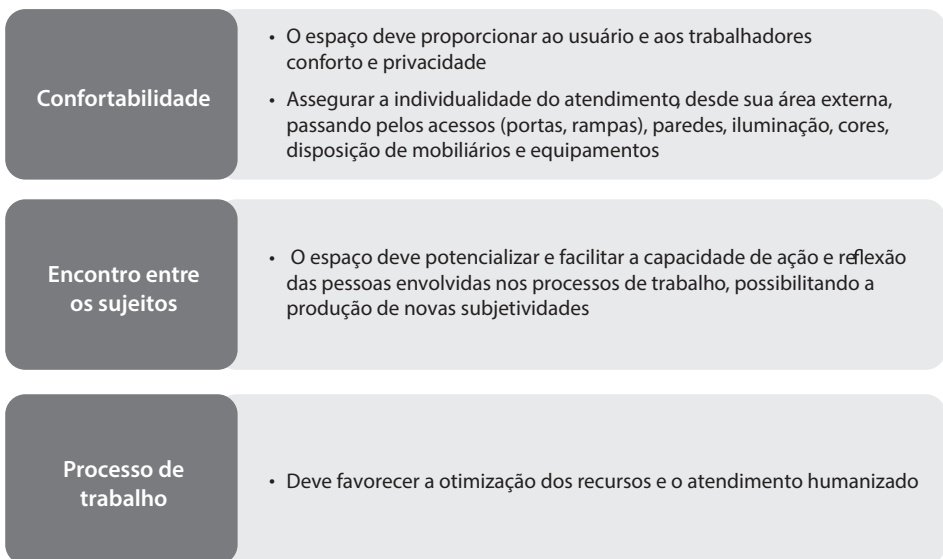
No contexto dos serviços de saúde, o SUS é capaz de gerar processos de mudança que vão além das instituições públicas. A partir do momento que um

serviço público se estrutura e apresenta novas tecnologias, o modelo tende a se replicar e a gerar processos transformadores em outros serviços de saúde, mesmo na iniciativa privada. Por exemplo, hoje observa-se, em alguns planos privados de saúde, a figura do médico de família, que, embora apresente limitações significativas, é inspirada na Estratégia Saúde da Família.

Dessa forma, na assistência farmacêutica, a busca da estruturação da farmácia faz parte do dever necessário ao desenvolvimento do serviço farmacêutico. O Ministério da Saúde instituiu, em 2012, o Programa de Qualificação da Assistência Farmacêutica no SUS (Qualifar-SUS), dividido em quatro eixos: estrutura, informação, educação e cuidado. Assim como em algumas experiências estaduais, o eixo estrutura do Qualifar-SUS incentiva a melhoria da estrutura física, de equipamentos, mobiliários e de recursos humanos para que sejam compatíveis com a provisão de serviços (CONASS, 2014). Apesar da distribuição não universal, essas iniciativas são indutoras de um processo de mudança que pode levar a farmácia a configurar-se como parte de um serviço de saúde.

A ambiência dos estabelecimentos farmacêuticos precisa evoluir para proporcionar um atendimento humanizado. As farmácias públicas e privadas carecem de uma análise crítica, sob a perspectiva de sua capacidade de atender aos três eixos relacionados à ambiência, apresentados na Figura 3.

Figura 3 – Eixos relacionados à ambiência



Fonte: Adaptado de Brasil (2010).

Considerando esses princípios, os locais devem superar as barreiras físicas que impedem que a farmácia seja um ambiente confortável. A área de

trabalho deve ser transformada em um espaço que proporcione o encontro entre os sujeitos, usuários e demais trabalhadores, incluindo prescritores. Portanto, as farmácias necessitam eliminar as barreiras que distanciam o farmacêutico dos usuários e as que o vinculam a processos administrativos e dificultam seu posicionamento como profissional de saúde, apto a desenvolver clínica. Por fim, os fluxos devem ser bem definidos, deixando farmacêutico e usuário à vontade.

1.7 Um novo processo de trabalho farmacêutico

Mudar o processo de trabalho do farmacêutico, na farmácia, constitui uma premissa para o desenvolvimento da clínica. Para tanto, é necessário compreender o que é processo de trabalho. Apoiados em Marx, diferentes pesquisadores da área da saúde descrevem o processo de trabalho relacionado à ação, utilizando instrumentos, técnicas e materiais capazes de produzir transformações em determinado objeto (CHAVES, 2010; MATTOS, 2010; PEDUZZI; SCHRAIBER, 2009). E qual é o objeto do trabalho do farmacêutico?

Há uma tendência em pensar o objeto do trabalho do farmacêutico como sendo o medicamento ou o usuário deste. A formação tecnicista, fundamentada nos procedimentos da administração científica de Taylor e Ford, enformou o farmacêutico para ser o profissional produtor do medicamento, seguindo os mais rígidos métodos de produção, produtividade e reprodução. O processo de trabalho do farmacêutico tornou-se focado no medicamento como produto tecnicamente elaborado, justificando a tipificação do medicamento como objeto do trabalho do farmacêutico. Mas o medicamento por si só cumpre a finalidade do trabalho do farmacêutico? Produzir, adquirir, armazenar, aviar uma prescrição e entregar o produto garantem seu uso racional ou o resultado sanitário?

A mudança no objeto do trabalho do farmacêutico, ou seja, do foco para o qual agimos é imperativa, para dar condições às mudanças que contribuam com o cuidado da saúde das pessoas. Portanto, o processo de trabalho do farmacêutico deve estar dirigido às pessoas, utilizando os medicamentos. Para tanto, o farmacêutico deve usar instrumentos e saberes profissionais para as mudanças no processo saúde/doença/cuidado, contribuindo para um resultado positivo em saúde. E esse processo deve considerar a história, a experiência da pessoa com o medicamento e com a doença. No Capítulo 6 é possível verificar outras características de uma abordagem centrada na pessoa.

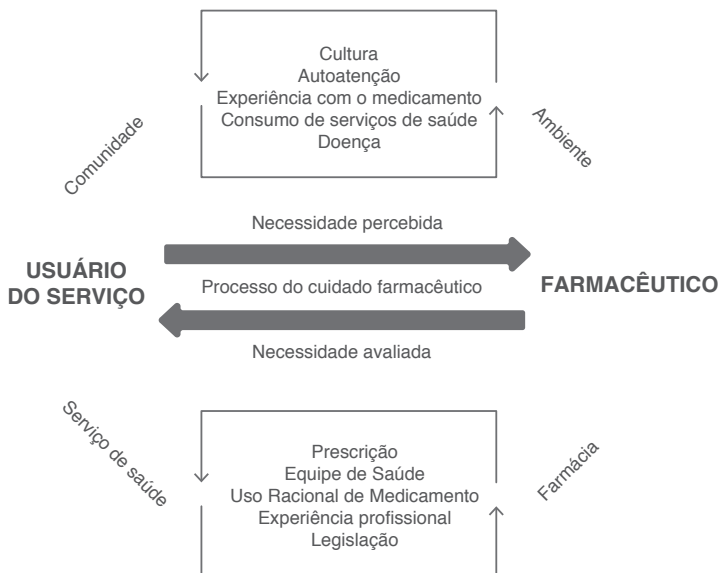
Remodelar o processo de trabalho do farmacêutico, centrado nas pessoas, é assumir que em saúde se faz trabalho vivo, como mencionado anteriormente. Merhy e Franco (2009) afirmam que “a produção na saúde realiza-se, sobretudo, por meio do ‘trabalho vivo em ato’, isto é, o trabalho humano no exato momento em que é executado e que determina a produção do cuidado”. Nesse tipo de

trabalho, interagem diferentes tecnologias, consideradas em duas dimensões, tecnologias duras e tecnologias leves. As tecnologias duras estão relacionadas à produção de bens e produtos para uma determinada finalidade. Tecnologia leve “é a que se vincula ao produtor do ato, o trabalhador, e a sua relação com seu ato produtivo e os produtos que realiza, bem como com suas relações com os outros trabalhadores e com os possíveis usuários de seus produtos” (MERHY; FRANCO, 2009, p. 281-282).

Dessa forma pode-se afirmar que a ação de atender uma pessoa na farmácia pode produzir cuidado. A partir do momento em que se revê o processo de trabalho, no qual o medicamento passa de objeto a instrumento de trabalho, associado a técnicas e conhecimentos materializados por meio da escuta e das orientações na ação de dispensação, cria-se um novo paradigma para a profissão.

As mudanças pretendidas no processo de trabalho não acontecem ao acaso; elas são determinadas socialmente por meio de ações técnicas e políticas. Esse é um processo em permanente disputa e ainda cheio de contradições. A organização e a luta política, envolvidas nas conquistas do direito à saúde no Brasil, com a criação do SUS universal, igualitário e integral, associado ao desenvolvimento de tecnologias (equipamentos, técnicas e ações), possibilitam a criação de condições para tornar a farmácia um estabelecimento de saúde e onde se pratica saúde. A partir de um novo processo de trabalho, cujo objeto é a pessoa, e com a produção de cuidado, poder-se-á pender o fiel da balança para o lado da saúde. A Figura 4 representa, de forma esquemática, uma proposta para a clínica farmacêutica.

Figura 4 – Modelo de serviço clínico farmacêutico como uma necessidade de saúde



Fonte: Elaborado pelos autores.

O cenário para o desenvolvimento dos serviços farmacêuticos vem evoluindo historicamente, por meio de políticas públicas, de tecnologias, do desenvolvimento acadêmico e da implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), como abordado nos demais capítulos. O momento é de oportunidade para avançar no sentido da consolidação do farmacêutico como profissional do cuidado no uso de medicamentos como produtos para a saúde.

1.8 O cuidado farmacêutico no novo modelo de atenção à saúde

A Organização Pan-Americana de Saúde vem produzindo documentos, no sentido de colocar a clínica centrada na pessoa e na família, como uma mudança necessária no modelo de atenção para o enfrentamento das condições crônicas, que vêm prevalecendo nos últimos anos (OPAS, 2011). A mudança no modelo de atenção se constitui em processo complexo, que envolve o desenvolvimento de práticas de autocuidado, abordagens multiprofissionais e garantia de continuidade assistencial, o que só pode ser obtido por meio de sistemas integrados (LAVRAS, 2011).

A área da saúde deve reorganizar seu trabalho no sentido de construir a responsabilidade macro e micro sanitárias e, a partir de metodologias padronizadas, concepção epistemológica e organizacional, reconstruir o trabalho clínico. Ao ampliar o objeto de trabalho da clínica, busca-se a clínica do sujeito, assim compreendida: na produção de saúde por meios curativos, preventivos, de reabilitação ou cuidados paliativos; na ampliação da autonomia; na terapêutica além de fármacos e cirurgia, bem como pela escuta qualificada, pela educação em saúde e pelo apoio psicossocial, além do trabalho interdisciplinar e multiprofissional (CAMPOS; AMARAL, 2007).

Para que seja possível na prática, essa clínica necessitará recorrer a conhecimentos, já sistematizados em outras áreas, sobre o funcionamento do sujeito quando considerado para além de sua dimensão orgânica ou biológica. A prática clínica farmacêutica necessita de uma nova semiologia e de uma nova terapêutica, cabendo ao farmacêutico desenvolver conhecimento nessas disciplinas. A proposta de desenvolvimento de projetos terapêuticos singulares,⁶ que prevê a gestão multiprofissional dos casos, com a definição de estratégias e responsabilidades inerentes a cada profissão, favorecidas pelo intercâmbio de conhecimentos, a abertura profissional e a realização de interconsultas são alguns exemplos. Outra proposta é a cogestão ou gestão participativa, construída

⁶ Conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial se necessário (BRASIL, 2007).

de forma dialógica, indo além da formulação e prescrição dos profissionais de saúde para os usuários, envolvendo a participação do usuário do serviço (CAMPOS; AMARAL, 2007).

Essa nova forma de clínica está diretamente relacionada à proposta de modelo de atenção à saúde que vem sendo construído no Brasil, a partir da implantação do SUS, nos últimos 25 anos. Este modelo deve levar em consideração a transição demográfica, a complexidade epidemiológica com predominância das doenças crônicas não transmissíveis, com a renitência das infectocontagiosas, e com a emergência das causas externas. Os dados atuais apontam um número cada vez maior de pessoas convivendo com suas doenças, com momentos de agudização (MENDES, 2010). Organizar um sistema que atenda continuamente as pessoas em suas condições crônicas e que promova a saúde constitui um dos desafios para o setor de saúde no século XXI, e a Farmácia deve ocupar seu espaço nessa construção.

O trabalho em saúde se processa de forma multiprofissional e é composto em equipes, seja de atendimento direto, de apoio ou de matriciamento. Não se pode negar a farmácia como um estabelecimento de livre acesso, onde as pessoas procuram atendimento às suas necessidades de saúde, mesmo que sejam apenas aquelas relacionadas ao consumo do medicamento, mas que podem ser a porta de entrada para o cuidado. Por isso, em qualquer momento, apresentar-se como farmacêutico implica desenvolver à ação clínica, em maior ou menor grau de complexidade, mas sempre em direção a produção de cuidado.

1.9 Considerações finais

Como evolução do serviço farmacêutico, a clínica deve levar em conta a que modelo de atenção servirá. Por isso, lembramos uma citação de Lippman, extraída do início do texto intitulado “Uma nova clínica: as mudanças na atenção à saúde”, de Eugênio Vilaça Mendes: “não podemos praticar clínica do século XIX no mundo do século XXI. É preciso mudar” (LIPPMAN, 2000 apud MENDES, 2011, p. 293).

O processo saúde/doença/cuidado compreende uma diversidade e uma complexidade de fatores que impactam e reorientam a vida das pessoas. O medicamento, produto do trabalho historicamente atribuído ao farmacêutico, tem um papel fundamental nesse processo, transformando-se em um símbolo reconhecido pelos atores sociais envolvidos. Nesse sentido, deixa de ser apenas um produto tecnicamente elaborado, sob os mais rigorosos padrões de qualidade e pureza, para integrar o conjunto de instrumentos necessários à saúde e ao bem-estar em nossa sociedade.

A atuação do farmacêutico não se esgota quando o medicamento é colocado no mercado. Pode-se agregar um conjunto de ações e de serviços com

o propósito de assegurar assistência terapêutica integral, além da promoção e proteção da saúde (BRASIL, 2014). Esse é um processo que se dá a partir da construção de novos conhecimentos, da incorporação, da análise crítica e do aprimoramento de tecnologias, desenvolvidas na área farmacêutica tradicional (farmacologia, química farmacêutica, fisiologia), nas experiências de clínica farmacêutica nos âmbitos hospitalar e ambulatorial, em outras categorias da saúde e nas ciências humanas e sociais.

É importante destacar que o devir, as mudanças, a evolução podem não acontecer radicalmente, mas tampouco acontecem espontaneamente. Elas fazem parte de um processo histórico, construído de modo a agregar aspectos técnicos, políticos e sociais que permitem, no Brasil do século XXI, ter uma política de assistência farmacêutica que propõe a soberania no desenvolvimento e na produção de medicamentos, além de avançar em assegurar a acessibilidade de medicamentos, bem como o acesso das pessoas a esses produtos e aos serviços (inclusive clínicos) a eles relacionados.

Ao abrir seus horizontes e redirecionar seu processo de trabalho para o uso do medicamento, o farmacêutico deve, para desenvolver sua clínica, centrar-se na pessoa. Não a clínica estritamente instrumental, mas uma clínica fundamentada na necessidade de saúde percebida pelo usuário e avaliada pelo profissional. Uma clínica em consonância com a organização e o modelo de atenção à saúde que se desenha com o amadurecimento do SUS.

Esse contexto nos remete a uma analogia importante para a clínica farmacêutica. Um dos princípios da gestão estratégica é o compartilhamento de poder na identificação de problemas, na sua explicação, e no processo de encontrar as soluções. Isso permite-nos considerar a importância de que a gestão e a clínica sejam faces do mesmo serviço, e que devem estar articuladas para assegurar o sucesso das ações profissionais dos farmacêuticos no processo de cuidado. Essa premissa constrói um sentido de clínica que reconhece a autonomia dos sujeitos e que, cada vez mais, questiona a soberania⁷ dos profissionais de saúde e seu virtual monopólio sobre o cuidado em saúde.

O conjunto de capítulos deste livro compõe diferentes aspectos da clínica, especialmente no que se refere à sua integração à dispensação, refletindo a conjuntura na qual a prática clínica farmacêutica se encontra, e aborda a história, os processos, os instrumentos, os exemplos e a análise crítica sobre o tema. Ao agregar conhecimentos clínicos na construção de projetos terapêuticos singulares, o farmacêutico define uma nova práxis, como componente essencial

⁷ O sentido kantiano de autonomia diferencia-se do conceito de soberania, na medida em que, no exercício da autonomia, o sujeito considera os impactos de suas ações na vida do outro. O sujeito soberano age independente do outro. Para a filosofia, em nossa vida a autonomia é possível e desejável, e a soberania não (CORTELLA, 2009).

no sistema de saúde. E é na construção desse novo paradigma que se apresenta o dever da profissão farmacêutica.

Referências

- ALANAC – Associação dos Laboratórios Farmacêuticos Nacionais. *Mercado nacional deve movimentar R\$ 132 bi em 2015*. Disponível em: <http://www.alanac.org.br/noticias-setor.php?id_noticia=1341>. Acesso em: 3 ago. 2015.
- ALMEIDA FILHO, N. de. A Clínica, a Epidemiologia e a epidemiologia clínica. *Physis*, v. 3, n. 1, p. 35-53. 1993. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v3n1/02.pdf>>. Acesso em: 1º nov. 2014.
- ANDERSEN, R. M.; DAVIDSON, P. L. *Improving access to care in America: Individual and contextual indicators*. In: ANDERSEN R. M., RICE, T. H.; Kominski, G. F., editor. *Changing the US health care system*. 3. ed. San Francisco: John Wiley & Sons, Inc., 2007. p. 3-30.
- BRADSHAW, J. A taxonomy of social need. In: MCLACHLAN G. (Ed.). *Problems and progress in medical care: essays on current research*. 7th series. Oxford: Nuffield Provincial Hospital Trust, 1972.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular*. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 60 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Ambiência*. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. 32 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ambiencia_2ed.pdf>. Acesso em: 11 out. 2014.
- BRASIL. *Lei Federal nº 13.021, de 08 de agosto de 2014*. Dispõe sobre o exercício e a fiscalização das atividades farmacêuticas. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2014/Lei/L13021.htm>. Acesso em: 31 out. 2014.
- CAMARGO JR., K. T. de. A biomedicina. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, jun. 1997.
- CAMPESE, M.; MEZZARROBA, L. Ensino Farmacêutico no Brasil: do currículo mínimo às Diretrizes Nacionais Curriculares. *Olho Mágico (UEL)*, v. 12, p. 3-8, 2005.
- CAMPOS, G. W. de S.; AMARAL, M. A. do. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, ago. 2007.
- CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, ABRASCO, 2001.
- CHAVES, M. M. N. *Competência avaliativa do enfermeiro para o reconhecimento e enfrentamento das necessidades em saúde da família*. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Pós-Graduação interunidades EEUSP-EERP da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. 2010.

- CONASS. *QUALIFAR SUS – Programa de Qualificação da Assistência Farmacêutica no SUS*: minuta de portaria que regulamenta a transferência de recursos financeiros do Eixo Estrutura para 2014. Nota técnica 09/2014. Brasília: 2014. Disponível em: <<http://www.conass.org.br/notas%20tecnicas/NT%2009%20-%202014%20-%20Expansao%CC%83o%20do%20QualifarSUS.pdf>>. Acesso em: 11 out. 2014.
- CORTELLA, M. S. *Qual é a tua obra?: inquietações propositivas sobre gestão, liderança e ética*. 6. ed. Petrópolis: Vozes, 2009.
- FAVORETO, C. A. O.; CAMARGO JR., K. Alguns desafios conceituais e técnico-operacionais para o desenvolvimento do Programa de Saúde da Família como uma proposta transformadora do modelo assistencial. *Physis*, v. 12, n. 1, p. 59-76. 2002.
- LALANDE, A. *Vocabulário técnico e crítico da filosofia*. 3. ed. Tradução Fátima Sá Correia. São Paulo: Martins Fontes, 1999.
- LALUNA, M. C. M. C.; FERRAZ, C. A. Compreensão das bases teóricas do planejamento participativo no currículo integrado de um curso de enfermagem. *Rev Latino-am Enfermagem*. v. 11, n. 6, p. 771-777, nov.-dez. 2003.
- LAVRAS, Carmen. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. *Saude Soc.*, São Paulo, v. 20, n. 4, dez. 2011.
- LEFEVRE, F. A função simbólica dos medicamentos. *Revista Saúde Pública*, São Paulo, v. 17, n. 6, dez. 1983.
- MATTOS, R. A. de. (Re)visitando alguns elementos do enfoque situacional: um exame crítico de algumas das contribuições de Carlos Matus. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, ago. 2010.
- MEAD, N.; BOWER, P. Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Social Science & Medicine*. v. 51, n. 7, p. 1087-1110, 2000.
- MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, ago. 2010.
- MENDES, E. V. *As redes de Atenção à Saúde*. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.
- MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Trabalho em saúde. In. *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2009.
- MOREIRA, J. de O.; ROMAGNOLI, R. C.; NEVES, E. de O. O surgimento da clínica psicológica: da prática curativa aos dispositivos de promoção da saúde. *Psicol. Cienc. Prof.*, Brasília, v. 27, n. 4, dez. 2007.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE – OPAS. *A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS – Contribuições para o debate*. Brasília: OPAS, 2011. Disponível em: <http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/03/aps_verde_new.pdf>.
- PEDUZZI, M.; SCHRAIBER, L. B. Processo de trabalho em saúde. In. *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2009. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/protrasau.html>>. Acesso em: 31 out. 2014.

PNAUM, Primeiros Resultados. In: CONGRESSO BRASILEIRO SOBRE O USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS, 5. *Anais...* São Paulo, Brasil, 2014.

RICIERI, M. C. et al. O farmacêutico no contexto da estratégia em saúde da família, que realidade é esta? *Visão Acadêmica*, Curitiba: v. 7, n. 2, p. 6-11, 2006

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

SOARES, L.; DIEHL, E. E.; LEITE, S. N.; FARIAS, M. R. A model for drug dispensing service based on the care process in the Brazilian health system. *Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences*. v. 49, n. 1, p. 107-116, 2013.

WILLARD, L. D. Needs and medicine. *Journal of Medicine and Philosophy*, v. 7, n. 3, p. 259-274, 1982.

SERVIÇO DE DISPENSAÇÃO: UM SERVIÇO DE SAÚDE

Noemia Liege Maria da Cunha Bernardo
Lígia Hoepfner

2.1 Dispensação: um serviço de saúde

Este capítulo pretende viabilizar subsídios para o entendimento do que é um serviço em saúde, quais são os elementos que caracterizam a dispensação como um serviço e como sistematizar a dispensação para este modelo. Esse conceito surge a partir da tese publicada por Soares (2013), na qual é proposto um modelo teórico para a dispensação, baseado na realidade do sistema de saúde nacional.

Um serviço pode ser definido como ações, esforços ou desempenhos, essencialmente intangíveis, partindo do pressuposto de que o que é oferecido ao outro nem sempre resulta na propriedade de um bem/produto (KOTLER, 2000). A intangibilidade está relacionada com aquilo que não se percebe fisicamente, sendo que, para Soares (2013), a intangibilidade está relacionada com a concriação de valores entre as partes envolvidas.

Por exemplo, ao planejar as ações de fornecimento de medicamentos anti-hipertensivos em todas as unidades de saúde do município, está-se assegurando a entrega de um produto. Por outro lado, planejar e articular ações para o fornecimento, integrado com as ações para o uso racional do medicamento nas unidades de saúde, deve considerar, além do fornecimento do produto, o resultado que o medicamento terá na saúde do usuário. Isso significa incorporar novos elementos e direcionar o serviço para outras finalidades além do produto.

Segundo Soares (2013), a partir das reflexões de Conill e colaboradores (1991), o papel de um serviço de saúde está relacionado com a recuperação do indivíduo e a sua autonomia. Assim, ao entender a dispensação como um serviço de saúde, é possível considerá-la uma tecnologia social, a qual promove o empoderamento da população, a troca de conhecimento entre os atores envolvidos, a transformação no modo de as pessoas se relacionarem com alguma demanda, a inovação a partir da participação, o desenvolvimento de instrumentos para realização de diagnósticos e avaliações participativas (ITS, 2004).

Ao considerar a dispensação como um serviço de saúde, o resultado é a contribuição na mudança do estado de saúde da população, a partir do fornecimento do insumo, do empoderamento da população e da troca de conhecimento entre os envolvidos.

Portanto, partindo do pressuposto que o resultado de um serviço de saúde, prestado dentro dos princípios antes apresentados, é a produção de uma tecnologia social, é necessário que ele tenha elementos que comprovem:

- 1) uma razão de existir;
- 2) um processo de decisão envolvido;
- 3) o papel do usuário (corresponsabilização);
- 4) uma sistemática (planejamento e aplicação de conhecimento de forma organizada);
- 5) a construção de conhecimento (produção de novos conhecimentos a partir da prática: conhecimentos tradicionais, populares, experimentações realizadas pelos usuários e conhecimento técnico-científicos para geração de soluções);
- 6) a sustentabilidade (econômica e social);
- 7) a ampliação de escala (gera aprendizagens que servem de referência para novas experiências).

Observemos, nas descrições, a seguir, como é possível visualizar esses elementos, constitutivos da dispensação, como um serviço de saúde e com potencialidade de produzir uma tecnologia social.

Serviço de dispensação: a razão de existir

No Brasil, o reconhecimento da dispensação ocorreu, em 1973, pela Lei nº 5.991, que rege o “controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos”, tendo como foco da ação disponibilizar o insumo. Cria-se, então, o conceito que dispensação é o fornecimento do insumo. Esse conceito teve grande influência na determinação do processo e na estruturação da dispensação até os dias atuais, como pode ser visto na revisão realizada por Angonesi (2008), ao concluir que era necessário “fazer chegar o medicamento até o usuário”.

A partir da Política Nacional de Medicamentos, elaborada em 1998, instituiu-se o acesso ao serviço de dispensação ao usuário, orientando para a promoção do uso racional dos medicamentos, e conceituando a dispensação como:

[...] o ato profissional farmacêutico de proporcionar um ou mais medicamentos a um paciente, geralmente como resposta à apresentação de uma receita elaborada por um profissional autorizado. Nesse ato, o farmacêutico informa e orienta o paciente sobre o uso adequado do medicamento. São elementos importantes da orientação, a ênfase no cumprimento da dosagem, a influência dos alimentos, a interação com outros medicamentos, o reconhecimento de reações adversas potenciais e as condições de conservação dos produtos. (BRASIL, 1998, p. 26).

Após a Política Nacional de Medicamentos, em 1998, iniciou-se um processo de reorientação da assistência farmacêutica, quando a logística não mais seria o foco principal das intervenções farmacêuticas, iniciando, assim, a discussão sobre a qualidade dos serviços e a promoção do acesso e uso racional dos medicamentos essenciais (VIEIRA, 2008).

Em 2009, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) publicou a Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 44, que dispõe sobre as boas práticas farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias. A Resolução reforça a garantia de direito à informação e orientação quanto ao uso, armazenamento, controle dos medicamentos, assim como define as responsabilidades do prescritor e do farmacêutico.

A dispensação, a partir de um marco regulatório, tem uma razão de existir. Segundo descrito no caderno de debate sobre tecnologia social (ITS, 2004), está relacionada com a solução de demandas sociais concretas, vividas e identificadas pela população.

Acompanhemos um exemplo de relato de experiência exitosa do farmacêutico no SUS (CFE, 2013). O município de Campina Grande (PB) tem

uma coordenação da Assistência Farmacêutica, segundo a qual as atividades dos farmacêuticos foram direcionadas para a Atenção Primária à Saúde (APS), e eles foram lotados nos centros de referência dos distritos sanitários e passaram a realizar a supervisão das Unidades Básicas de Saúde da Família, criando o cargo de farmacêutico distrital.

Relato de experiência

A partir da necessidade de gerenciar o Programa de Medicamentos de Dispensação e de promover o Uso Racional de Medicamentos, foi elaborado o Protocolo de Assistência Farmacêutica na Estratégia da Família.

Após seis meses de acompanhamento junto às Equipes de Saúde da Família, foi identificada a necessidade de elaborar um manual contendo informações sobre conservação e entrega dos medicamentos. Até aquele momento, a entrega de medicamentos era realizada por qualquer integrante da ESF (agente comunitário, auxiliar de enfermagem, enfermeiro, médico, recepcionista ou vigilante). Na grande maioria das unidades não havia controle de estoque, o que facilitava o desvio ou perda por prazo de validade dos medicamentos, pois não havia alguém que se responsabilizasse pela farmácia.

Foi elaborado um protocolo contendo informações sobre Armazenamento, Dispensação e Medicamentos de Saúde Mental. Incluindo os formulários de controle de estoque e de solicitação de medicamentos à Central de Abastecimento Farmacêutico, uma Relação Municipal de Medicamentos (Remume) com indicação terapêutica, modelos de receituários e a lista dos serviços de saúde prestados em cada distrito sanitário do município. Este documento foi apresentado e discutido com membros das ESF e repassado aos demais integrantes da equipe, posteriormente.

A partir do acompanhamento dos farmacêuticos distritais, o cenário de cuidados com os medicamentos sofreu grande impacto. Foi obtida uma redução de 90% no número de medicamentos perdidos por vencimento ou má conservação.

Os outros profissionais de saúde, principalmente médicos e cirurgiões dentistas, acolheram bem a proposta se tornando parceiros desta iniciativa. No início, alguns integrantes das equipes tiveram certa resistência às mudanças, principalmente ao que tange à entrega e controle de estoque de medicamentos.

Porém, passado algum tempo pode-se perceber a existência de outro olhar para o trabalho do farmacêutico, havendo inclusive uma busca por essa assistência por parte das equipes. Fator relevante foi à solicitação de ter o profissional farmacêutico mais

mais integrado à equipe, acompanhando diariamente as unidades básicas, com relatos sobre a falta de conhecimento sobre medicamentos por parte de enfermeiros e auxiliares de enfermagem, além de sobrecarga de trabalho e falta de tempo.

Houve também relatos de usuários que demonstraram satisfação em poder contar com mais um referencial profissional para esclarecer dúvidas quanto ao uso do medicamento. Hoje nas Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF), a dispensação de medicamentos é uma atividade desenvolvida exclusivamente pelo farmacêutico e/ou pelo auxiliar de farmácia, sob supervisão do farmacêutico.

Houve um grande apoio da gestão municipal, o que foi fundamental para implantação e sucesso deste protocolo. Os gestores municipais entenderam a importância deste trabalho e deram continuidade com a implantação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), onde os farmacêuticos distritais passaram a compartilhar esta responsabilidade com novos profissionais de saúde. A partir desse momento, os farmacêuticos da Atenção Básica e do NASF passaram a dar assistência integral às Equipes de Saúde da Família. Entendeu-se que a presença do farmacêutico junto às equipes de Saúde da Família e o planejamento de ações de assistência farmacêutica têm como consequência o aprimoramento das etapas do ciclo da assistência farmacêutica, além do trabalho com a comunidade, contribuindo para o acesso e uso racional de medicamentos, o serviço descentralizado e com qualidade, desenvolvido pelo farmacêutico na equipe de saúde.

(Trecho extraído do artigo de O papel do farmacêutico distrital no âmbito da estratégia de saúde da família no município de Campina Grande/PB da publicação *Experiências exitosas de farmacêuticos no SUS* (ano 1, número 1, 2013), do Conselho Federal de Farmácia, transcrito conforme o original).

Segundo Pinheiro (2010), para o fortalecimento dos serviços farmacêuticos na APS, são necessários:

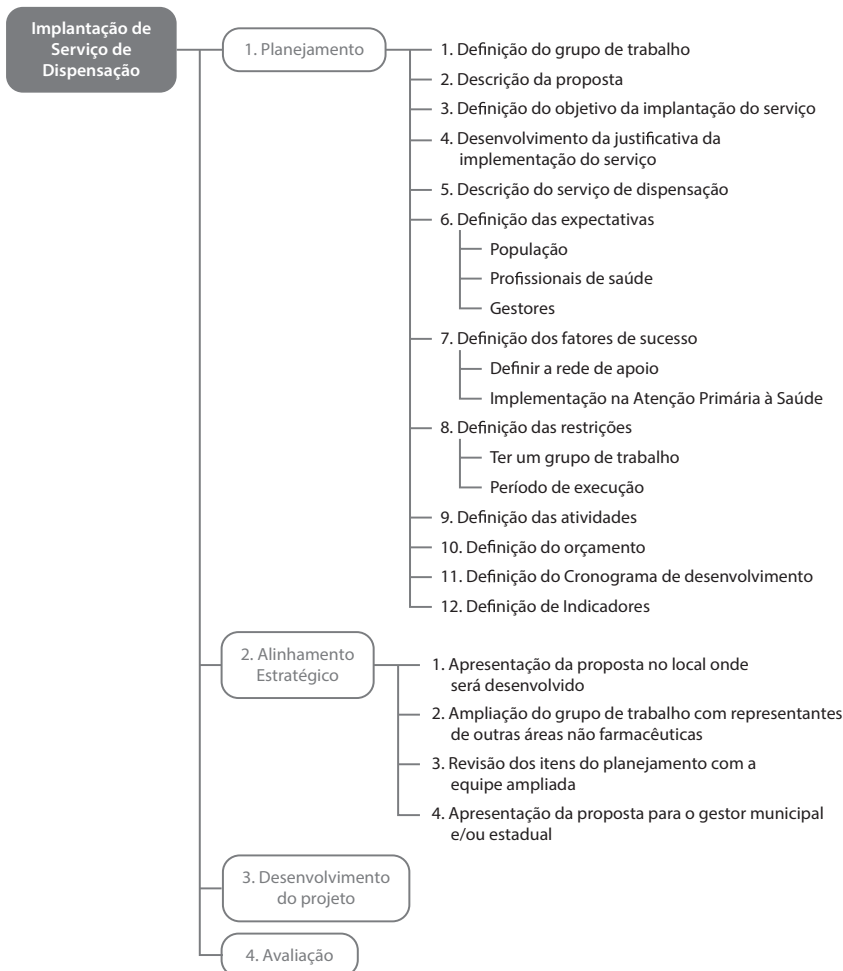
- boa gestão de recursos humanos;
- incentivo e reconhecimento do valor dos profissionais;
- procedimentos para a gestão de conflitos e processos participativos;
- responsabilização e representação dos interesses da comunidade;
- modelo de governança baseado no empoderamento;
- incorporação dos serviços farmacêuticos na APS;
- que as ações sejam intersetoriais, por meio de alianças com atores-chave no processo;
- ter apoio político no âmbito local, municipal e, quando for o caso, estadual e nacional;

- ter resultados que impactem na melhoria da qualidade de vida do indivíduo, da família e da comunidade.

Assim, o caminho para que a dispensação tenha uma razão de existir e seja organizada como um serviço de saúde necessita da sistematização deste serviço. A estratégia é que isso ocorra de forma compartilhada dentro dos princípios do SUS e, assim, seja obtida uma diretriz ou um protocolo que instrumentalize as ações e defina as responsabilidades das ações.

Na Figura 1 está representada uma proposta de mapa conceitual para o processo de sistematização de um Serviço de Dispensação, baseado no que foi apresentado até o momento.

Figura 1 – Mapa conceitual para construir uma sistematização de um serviço de dispensação



Essas etapas descritas acontecem ciclicamente. A partir do momento em que acontece uma alteração em uma das etapas, é importante compartilhar as informações para que todos os atores sintam-se pertencentes ao projeto e, assim, mantenham-se motivados.

Como estratégia, a partir do momento que se constituir o grupo de trabalho, é fundamental definir a periodicidade das reuniões do grupo, ter uma agenda e constituir atas para a avaliação do processo e registro das informações.

Serviço de dispensação: um processo de decisão envolvido

Apresentamos a seguinte situação: Dona Francisca vai à farmácia, onde são “dispensados” os medicamentos do município, para buscar seus medicamentos utilizados no tratamento da pressão arterial (hidroclorotiazida 25 mg, uma vez ao dia); do diabetes (glibenclamida 5 mg, três vezes ao dia, e metformina 850 mg, três vezes ao dia); e do hipotireoidismo (levotiroxina 50 mcg, uma vez ao dia). Durante o atendimento foram avaliados:

- Prescrição: Dados do prescritor, do usuário e as informações relacionadas aos medicamentos e à validade da receita.
- Estoque: Disponibilidade dos medicamentos no estoque.

Após a avaliação, foram realizados os procedimentos administrativos, como o registro da entrega dos medicamentos na carteirinha e no sistema. Foram, ainda, realizadas as seguintes orientações de uso:

- Ingerir os medicamentos conforme a prescrição médica.
- O medicamento do tratamento do hipotireoidismo deve ser ingerido em jejum.

Dona Francisca foi questionada se tinha alguma dúvida, ela agradeceu, pegou seus medicamentos e foi para casa.

No caminho para casa, encontrou uma amiga. Acompanhemos o diálogo que se estabeleceu entre elas:

- Oi Dona Francisca, como a senhora está?
- Estou bem, porém meu diabetes anda muito alto.
- Como a senhora sabe?
- Eu estava com muita sede durante a noite e a dor na perna cada vez pior, fui ao médico, ele pediu para fazer exames. Quando eu levei os resultados foi constatado que estava muito alta. Ele me disse que eu preciso fazer dieta, caminhadas e pediu para eu tomar o remédio do diabetes pela manhã, no almoço e no jantar. Antes, eu tomava só pela manhã e à noite.

- A senhora está conseguindo fazer o que o médico pediu?
- Eu estou seguindo a dieta da nutricionista, mas não estou conseguindo caminhar por causa da dor nas pernas e, além disso, tenho muita dificuldade de tomar um remédio do diabetes, porque sinto dor de estômago.
- E a senhora comentou isso com o médico?
- Fiquei tão assustada com tudo que o doutor falou que eu esqueci. Eu fui buscar mais remédios agora, e o farmacêutico reforçou o que o médico tinha me explicado e falou para tomar os remédios em jejum.

A amiga falou que também utilizava remédio para o diabetes e não tinha dor de estômago, e, se ela quisesse, ela podia olhar os remédios e ver se conseguia ajudar. Ao ver os medicamentos que Dona Francisca estava utilizando, ela perguntou qual fazia mal, e Dona Francisca mostrou o blíster de metformina. A amiga perguntou como ela tomava, e Dona Francisca falou que era em jejum (uma hora antes das refeições, com água).

Após ouvir atentamente Dona Francisca, a amiga explicou para ela que a agente de saúde havia falado que nem todos os medicamentos precisam ser tomados em jejum, e que os do diabetes podem ser tomados com alimentos para evitar a dor de estômago.

Dona Francisca agradeceu a informação e passou a utilizar o medicamento conforme o conselho da amiga. Três meses após, sentia menos dor nas pernas, iniciou caminhadas (trinta minutos por dia), reduziu o peso, o diabetes e a hipertensão ficaram compensados.

Retomando a reflexão a partir da situação problema apresentada, tem-se exemplificada uma lacuna, comumente, observada no processo assistencial, que é a intervenção sobre a utilização dos medicamentos. Entretanto, se Dona Francisca decidisse não utilizar o medicamento por questões relacionadas às crenças pessoais, ou por falta de confiança no prescritor ou no medicamento fornecido pelo sistema público, a lacuna ou o fenômeno, seria o mesmo? O fenômeno, pelo qual amplia-se a discussão, visa intervir sobre o comportamento do usuário, porque o uso está relacionado ao comportamento.

Assim, para discutir dispensação é necessário entendê-la como um serviço de saúde, transcender a acessibilidade ao medicamento e buscar um novo paradigma, em que o serviço de dispensação esteja alinhado aos princípios do Sistema Único de Saúde, garantido pela Constituição brasileira, e que tem por foco a promoção, a proteção e a recuperação da saúde.

Soares (2013, p. 127) afirma, a partir de revisões próprias sobre o tema, que “a dispensação de medicamentos atual não apresenta características, as quais são essenciais para classificá-la no domínio de serviço”, uma vez que, segundo o autor, serviço é um processo que aplica recursos e competências profissionais essenciais (conhecimento e habilidades).

Os procedimentos em saúde visam à promoção, proteção e recuperação da saúde. Por exemplo, dentro de um procedimento ocorrem várias intervenções, entretanto ocorrem atos que são de competência do profissional.

No caso da situação problema exposta, vivenciada por Dona Francisca, vejamos, no Quadro 1, quais foram as competências profissionais essenciais observadas no serviço do médico, do nutricionista e do farmacêutico.

Quadro 1 – Competências profissionais

| Profissional | Recursos | Competências |
|---------------|---|---|
| Médico | Anamnese médica Exames laboratoriais | Diagnóstico da doença Prescrição de medicamentos |
| Nutricionista | Anamnese nutricional | Diagnóstico nutricional Prescrição de dieta |
| Farmacêutico | Medicamento | Fornecimento do medicamento |

Fonte: Elaborado pelos autores.

Podemos observar que os profissionais indicados no Quadro 1 utilizaram recursos para a recuperação da saúde da paciente, assim como possuem competências exclusivas. Entretanto, as competências do médico e do nutricionista estão relacionadas com a avaliação do estado de saúde, e as do farmacêutico relacionam-se com a provisão do insumo para recuperar a saúde.

Por esse motivo, Soares (2013) defende que:

O modelo de dispensação de medicamentos deveria ser integrado ao processo de cuidado no SUS, considerando o acesso como um atributo; o acolhimento, vínculo e responsabilização, a gestão e os aspectos clínico-farmacêutico como seus componentes; e o uso racional dos medicamentos como propósito. (p. 127).

Ainda, segundo o mesmo autor, o serviço de dispensação deve estar estruturado e sistematizado de modo a assegurar a integralidade dos serviços de saúde (SOARES, 2013).

Além disso, a estruturação deste serviço precisa favorecer o atendimento, a relação direta do farmacêutico com o usuário, respeitando a individualidade e a privacidade, impactando o comportamento do prescritor, do farmacêutico e do usuário.

Assim, o Quadro 1 seria alterado:

| Profissional | Recursos | Competências |
|--------------|--|--|
| Farmacêutico | Avaliação da prescrição Anamnese farmacêutica | Decisão sobre o fornecimento do medicamento Plano de uso do medicamento |

Considerando os elementos de um serviço de saúde e pensando na dispensação como um serviço de saúde, é fundamental ter claro que ele está relacionado com a garantia da qualidade dos resultados em saúde, uma vez que a dispensação possui uma interconexão com os demais serviços farmacêuticos, que integram a assistência farmacêutica, e com o processo assistencial do usuário.

É importante reconhecer que a dispensação, como parte do processo de cuidado do usuário, representa o momento em que o usuário tem a oportunidade de, ainda dentro do sistema de saúde, identificar, corrigir ou reduzir os possíveis riscos associados à terapêutica medicamentosa prescrita. Por outro lado, é o primeiro momento em que os profissionais das unidades de dispensação interagem diretamente com o usuário. Nesse sentido, ela não é o fim ou o início de um processo assistencial, mas, sim, a continuação do processo de cuidado.

Serviço de dispensação: sistematização

A sistematização das ações no serviço de dispensação visa o planejamento e a aplicação de conhecimento, de forma organizada, para alcançar as mudanças no estado de saúde do usuário. Visa, ainda, que este processo esteja organizado de tal forma que oportunize a construção de conhecimento (produção de novos conhecimentos a partir da prática: conhecimentos tradicionais, populares, experimentações realizadas pelos usuários e conhecimento técnico-científicos para geração de soluções).

Para compreender melhor e incorporar essa reorientação conceitual, faz-se necessário visualizar a instituição de uma nova cultura, na qual o desafio é pensar na dispensação dentro de um sistema de serviços e, assim, poder planejar, executar, avaliar e controlar as ações com a clareza das competências e responsabilidades definidas, incluindo a sistematização dos processos e a integração entre os serviços farmacêuticos e de saúde.

Serviço de dispensação: contribuindo para a construção de conhecimento

Primeiramente, é importante que o profissional se coloque no lugar do outro, que o atenda de forma integral, a partir da construção de vínculo e, conseqüentemente, oportunize momentos para a construção de novos conhecimentos em relação à saúde deste outro. Entretanto, o que é visto é um atendimento e um processo burocrático, com foco nas necessidades do serviço, que reflete na população uma experiência de banalização do sofrimento alheio, vivida no SUS.

Os usuários do SUS (considerando-os como indivíduos ou grupos sociais, sejam eles familiares ou de redes mais extensas), quando chegam aos serviços,

trazem experiências e conhecimentos sobre o processo saúde-doença-atenção, além de expectativas de atendimento. Ou seja, não constituem uma caixa ou saco vazio, que precisa ser preenchido com nossos saberes e conselhos. Ao contrário, os usuários têm autonomia para tomar decisões com base no que conhecem e que experienciam. Porém, muitas vezes (ou quase sempre), o diálogo simétrico entre usuários e profissionais de saúde não é efetivado na prática, porque esses últimos não estão preparados para compartilhar e para escutar o que o usuário tem para dizer ou manifestar a respeito de sua dor, de seu sofrimento.

Nesse sentido, como o farmacêutico é o profissional de referência para contribuir com o conhecimento sobre medicamentos e, assim, articular ações de educação em saúde, estas devem ser construídas coletivamente com os usuários, e considerando suas expectativas sobre o que desejam compartilhar durante essas ações.

Serviço de dispensação: a corresponsabilidade do usuário

O processo de decisão compreende formas democráticas de decisão a partir de estratégias, especialmente, dirigidas à mobilização e à participação da população. Importante lembrar que aqui esse processo não se refere somente à decisão de fornecer ou não o medicamento, mas, especialmente, à decisão sobre quais medicamentos disponibilizar, envolvendo, portanto, a seleção, programação, aquisição e distribuição dos medicamentos.

Dentre os princípios do SUS estão o controle e a participação social, sendo mais evidenciados nos Conselhos de Saúde. Esses temas devem ser debatidos nos espaços de controle social. O usuário deve ser estimulado a participar da gestão do SUS por meio da participação nos Conselhos de Saúde (local, municipal, estadual, ou nacional), onde são discutidas questões importantes relacionadas ao sistema de saúde.

O usuário deve ser corresponsável pelo próprio tratamento. Deve seguir o plano de tratamento proposto pelo profissional ou pela equipe de saúde responsável pelo seu cuidado, que deve ser compreendido e aceito pela pessoa; deve informar ao profissional de saúde ou à equipe responsável sobre qualquer fato que ocorra em relação à própria condição de saúde e assumir a responsabilidade pela recusa a procedimentos, exames ou tratamentos recomendados e pelo descumprimento das orientações do profissional ou da equipe de saúde.

Serviço de dispensação: contribuindo para a sustentabilidade social

Um dos grandes desafios na sociedade contemporânea, altamente complexa e desafiadora, é promover a qualidade de vida. O processo avolumado

de trabalho, o ativismo mecânico da repetição do trabalho na saúde, frente a crises e sofrimentos, vêm gerando um alto índice de esgotamento nos profissionais, o impacto disso é forte na promoção da baixa da qualidade de vida. Ao direcionar estratégias e métodos de articulação de ações, saberes e sujeitos, pode-se, efetivamente, potencializar a garantia de atenção integral resolutiva e humanizada nos serviços de saúde e, assim, ter uma equipe motivada para alcançar os resultados.

A base da sustentabilidade dos serviços em saúde são as pessoas, portanto, é necessário atentar para o gerenciamento de conflitos por meio de um sistema de comunicação, que pode ser composto de reuniões periódicas, mensagens por e-mail, bem como, de preferência, que as decisões sejam compartilhadas intersetorialmente, como descrito antes. Outra estratégia importante para as pessoas são os *feedbacks*, por possibilitarem a cada ator reconhecer sua contribuição no processo de construção e avaliar suas ações.

Serviço de dispensação: ampliação de escala, gerando aprendizagens que servem de referência para novas experiências

O referencial teórico sobre a organização da dispensação como um serviço é escasso, assim, propor um novo modelo, contextualizando as diversidades e realidade do país, torna-se um compromisso social com a qualidade da saúde da população, a partir da produção de tecnologias que contribuam para o desenvolvimento do Brasil.

O resultado de um serviço deve ter como foco a concriação de valores, e, nesse sentido, é fundamental que a dispensação esteja sistematizada de forma a promover o acolhimento.

O acolhimento, de acordo com a Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão do SUS, refere-se à recepção do usuário, desde a sua chegada ao serviço de saúde até a escuta ativa das suas necessidades, incluindo preocupações, angústias, solicitações. É uma forma de atender a todos que procuram os serviços de saúde, garantindo uma atenção resolutiva e articulada com os demais serviços, quando necessário. O acolhimento é considerado uma estratégia de interferência no processo de trabalho e pode ser reconhecido como uma forma de otimizar a informação e facilitar o acesso.

Na prática profissional, é necessário que seja adotada uma postura acolhedora, que respeite a individualidade, a privacidade, e favoreça a troca de informações.

A informação e a comunicação são fundamentais na relação do serviço de dispensação com os usuários, e são tão importantes como o medicamento. A forma como se estabelece essa relação é crucial, e o e o conceito de acolhimento

adotado é o que marca a diferença em como se dá a relação de vínculo. A responsabilização visa comprometer-se com a saúde dos usuários em qualquer ponto de atenção à saúde em que estejam.

Para tanto, é fundamental reconhecer a importância de desenvolver a habilidade de escuta, a qual significa escutar com o objetivo de reconhecer a necessidade de todos os envolvidos no serviço de dispensação: usuários, funcionários, farmacêuticos e gestores, para, assim, na medida do possível, integrar o foco do serviço visando contribuir para a melhoria dos resultados em saúde.

O saber escutar acontece quando se estabelece uma relação de duas vias, isto é, ambas as partes falam e respeitam o que um e o outro tem a dizer. As partes perguntam, expressam opiniões, trocam informações e tentam compreender o que cada um está comunicando.

Nesse sentido, ressalta-se a importância do contato visual, de concentrar-se no que o outro está falando, demonstrar que está escutando, prestando atenção na fala do outro, por meio de gestos (como balançar a cabeça), sons (hum... hum...).

Escutar é uma arte que requer treino, concentração, desprendimento. Assim, para escutar é necessário:

1) Saber perguntar

- Iniciar o diálogo com perguntas abertas.
- Fazer perguntas para tentar identificar os sentimentos do outro.
- Ajudar o outro a refletir sobre os próprios sentimentos e as dúvidas.
- Evitar julgar o outro pela aparência, pela forma de se expressar ou pelos seus hábitos e comportamentos.
- Explorar a opinião do outro sobre os temas da conversa.

2) Saber informar

- Descrever e discutir a informação relevante, usando linguagem simples e termos que tenham significado para o outro.
- Ter a habilidade da comunicação de maneira efetiva, isto é, assegurar que o outro conheça seus direitos e obtenha informações básicas sobre os serviços que lhe são oferecidos.
- Verificar se o outro entendeu direito o que deve fazer (esclarecer possíveis dúvidas ou má compreensão).
- Resumir tópicos importantes no final da conversa (preocupações, esquema terapêutico, decisões tomadas etc.).

3) Saber responder às necessidades do outro

- Respeitar o que o outro diz e pergunta, isto é, ter sempre em mente que o outro também tem suas próprias opiniões, preocupações e formas de se expressar.

- Deixar que conte a história dele.
- Responder de maneira direta, objetiva e simples às perguntas do outro.
- Assegurar que a postura corporal, expressões faciais e tom de voz indiquem interesse e respeito.
- Não criticar nem repreender o outro.
- Não ignorar as queixas ou comentários do outro.
- Falar com o outro de modo que ele se sinta confortável para expressar-se, estimulando a conversa com perguntas abertas, transmitindo confiança, respeitando pontos de vista.
- Evitar interromper o outro quando ele está falando do problema que o aflige.
- Pedir ao outro que fale ou explique mais sobre o que o preocupa.
- Reafirmar e transmitir confiança, sem criar falsas expectativas sobre o motivo da conversa.
- Felicitar o outro por ele estar procurando ajuda para seu problema.
- Comunicar informações ao outro de maneira firme, mas, ao mesmo tempo, delicada e encorajadora, ajudando-o a superar dificuldades de expressar seus sentimentos e preocupações.
- Buscar saber a idade e/ou o grau de escolaridade e capacidade dele de compreender a linguagem que você utiliza.
- Usar tom de voz e expressão facial amáveis e falar palavras encorajadoras.
- Estabelecer uma relação aberta e de confiança mútua.
- Compartilhar e reconhecer sentimentos com o outro.
- Motivar práticas saudáveis.

Pensar em dispensação como um serviço de saúde vai além de buscar um marco regulatório sobre o controle sanitário do comércio de medicamentos. Isto é, a dispensação como um serviço de saúde deve atingir a evolução do processo de geração e produção de medicamentos (industrialização), até a entrega do insumo com foco na orientação e prevenção de agravos (relacionados às reações adversas), conforme afirma Soares (2013). Discutir dispensação como um serviço é visualizar a construção de um processo, integrado com a incorporação de novos valores para o sistema de saúde e para a população.

Atividade complementar: As atividades clínicas na área farmacêutica são muito recentes em termos de desenvolvimento profissional. O conhecimento científico e a atividade corporativa precisam estar articulados em favor do desenvolvimento de um serviço clínico farmacêutico, que se torne uma necessidade aos usuários,

ou seja, um meio valoroso e valorizado para se alcançar bons resultados em saúde.

Pensando em estimular esse debate, foram reunidos grandes farmacêuticos especialistas brasileiros da área clínica para uma conversa para o Curso de Gestão da Assistência Farmacêutica, sobre o tema a clínica farmacêutica na dispensação. O debate contou com a presença dos especialistas Cassyano Januário Correr, Mauro Silveira de Castro e Leonardo Régis Leira Pereira, e teve como convidadas as professoras Silvana Nair Leite e Marení Rocha Farias, sendo mediado pelo professor Luciano Soares.

O vídeo pode ser conferido no *link*: <<https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/1896>> (parte 1), <<https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/1897>> (parte 2), <<https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/1898>> (parte 3) e <<https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/1899>> (parte 4).

2.2 Serviço de dispensação: a estruturação do processo de dispensação

Este tópico tem por objetivo descrever a sistematização da atividade de dispensação a partir dos regulamentos vigentes.

Leitura complementar: O tema poderá ser aprofundado por meio da consulta ao documento *Diretrizes para estruturação de farmácias no âmbito do Sistema Único de Saúde*, elaborado pelo Departamento de Assistência Farmacêutica do Ministério da Saúde.

A partir das referências utilizadas, a dispensação é uma das atividades da assistência farmacêutica considerada privativa do farmacêutico. Esse novo paradigma orienta que o farmacêutico é o responsável pelo fornecimento do medicamento, bem como pelas orientações para seu uso adequado (ANGONESI, 2008).

O serviço de dispensação deve estar estruturado e sistematizado de modo a assegurar que o medicamento seja entregue ao usuário certo, na dose prescrita, na quantidade adequada e que sejam fornecidas as informações suficientes para o uso correto (OMS, 1993). Além disso, acrescentamos que essa estruturação, respeitando a individualidade e a privacidade, deve favorecer o atendimento e a relação direta do farmacêutico com o usuário.

Segundo as instruções técnicas para a organização da assistência farmacêutica na Atenção Básica (BRASIL, 2006), os objetivos da dispensação consistem em:

- Garantir o cumprimento da prescrição por meio do fornecimento do medicamento correto e em quantidade adequada.
- Contribuir para a adesão ao tratamento.
- Minimizar erros de prescrição.
- Proporcionar atenção farmacêutica de qualidade.
- Informar sobre o uso correto do medicamento.

Deve-se destacar que o processo de dispensação não configura apenas a ocasião em que determinada prescrição é aviada, mas, sim, um conjunto de ações assim definidas:

- Obter prescrição – adquirir, alcançar, interpretar, entender, executar, analisar.
- Fornecer – abastecer, proporcionar o necessário.
- Entregar – passar às mãos ou à posse de alguém.
- Avaliar – aferir, medir, julgar.
- Informar – dar informe ou parecer sobre, comunicar, dar notícias.
- Orientar – dirigir, guiar, caminhar junto, reconhecer e examinar a situação.
- Educar – promover a troca de saberes entre os sujeitos.

Para que isso ocorra, é necessário planejamento e organização das atividades de dispensação, assim como das estruturas física, organizacional e funcional; bem como são necessários recursos humanos qualificados e a elaboração de um manual com normas e procedimentos, pois, se destituída de informações básicas, a dispensação pode levar a resultados inesperados, que podem comprometer a saúde do usuário.

Do mesmo modo, as atividades que envolvem a dispensação não podem ser consideradas apenas como uma troca de prescrições por mercadorias. Tão importante quanto o medicamento, a informação sobre como utilizá-lo cumpre um papel fundamental e nunca deve ser omitida.

O serviço de dispensação deve estar organizado a fim de assegurar ao usuário os princípios do SUS: universalidade, equidade e integralidade. Nesse sentido, constituem-se direitos do usuário:

- A garantia do acesso aos medicamentos por parte do sistema.
- O tratamento diferenciado aos desiguais, oferecendo mais a quem precisa mais, procurando reduzir a desigualdade.
- Ser atendido nas suas necessidades, sendo que os serviços de saúde devem estar organizados de modo a oferecer todas as ações.

A dispensação é um ato farmacêutico, ela acontece quando há supervisão direta do profissional farmacêutico, caso contrário ocorre, simplesmente, o fornecimento de medicamentos.

Por ser um ato realizado diretamente aos usuários do serviço, devem-se considerar os princípios da humanização. No entanto, por ter como principal objetivo o processo de uso, têm-se limitações. Também há que se considerar que as informações orais aumentam as limitações dos resultados terapêuticos, pois é normal não se memorizar e aprender tudo o que se fala. Por isso, a dispensação de medicamentos deve ser um processo centrado no usuário e não somente no processo de entrega de medicamentos e de informações (OPAS, 2011).

Para que tudo isso funcione adequadamente, é necessário planejar e organizar. E essas atividades somente são possíveis com uma boa gestão, por meio da definição de responsabilidades.

Assim, para se desempenhar a atividade de dispensação, dentro do conceito de serviço de saúde, é muito importante compreender como acontece o acesso ao serviço.

O acesso está relacionado com a capacidade dos usuários em obter os serviços e produtos necessários no local e momento oportunos, verificando a ausência de barreiras geográficas, financeiras, organizacionais, socioculturais, étnicas e de gênero ao cuidado. Deverão ser estabelecidas alternativas específicas na relação entre acesso, escala, escopo, qualidade e custo, para garantir o acesso, nas situações de populações dispersas, de baixa densidade populacional, com baixíssima oferta de serviços. O acesso pode ser analisado por meio da disponibilidade, comodidade e aceitabilidade do serviço pelos usuários.

A disponibilidade diz respeito à obtenção da atenção necessária ao usuário e sua família, tanto nas situações de urgência/emergência quanto de eletividade. A comodidade está relacionada ao tempo de espera para o atendimento, à conveniência de horários, à forma de agendamento, à facilidade de contato com os profissionais, ao conforto dos ambientes para atendimento, entre outros. A aceitabilidade está relacionada à satisfação dos usuários quanto à localização e aparência do serviço; à aceitação dos usuários quanto ao tipo de atendimento prestado; e, também, à aceitação dos usuários quanto aos profissionais responsáveis pelo atendimento.

A organização da dispensação tem como estratégia superar a fragmentação, mediante definição de fluxos na construção de um conjunto de ações articulado e sincronizado, que influencia as áreas dos serviços de saúde, da mesma forma que é influenciado por elas.

É importante, ainda, conhecer a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename), as pactuações da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) no seu Estado, o elenco de medicamentos do município, o financiamento e as etapas da assistência farmacêutica anteriores à dispensação, pois, para existir dispensação, é necessário que o medicamento esteja disponível.

Segundo Travassos e Martins (2004), o acesso é a provisão do cuidado adequado, no momento adequado e no local adequado. O acesso, nesse caso, não abrange qualquer uso; ao contrário, limita-se ao uso qualificado, isto é, aquele que ocorre no momento adequado ao atendimento do problema de saúde do usuário, utilizando recursos corretos e executados da forma correta.

Leitura complementar: A leitura do artigo *Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde*, escrito por Claudia Travassos e Mônica Martins, reforçará os conteúdos relacionados ao acesso a medicamentos. O artigo foi publicado no periódico *Cadernos de Saúde Pública*, em 2004.

A dispensação dos medicamentos pode ser feita de maneira centralizada ou descentralizada. Quando feita em apenas uma farmácia central tem vantagens e desvantagens. Pode ser citada como vantagem um maior controle, já que ali é onde, geralmente, está alocado o farmacêutico e, portanto, tem-se a possibilidade de uma supervisão direta do processo de dispensação e um maior controle do atendimento dos funcionários.

Como desvantagem, pode-se citar o deslocamento do usuário até essa farmácia central, que, muitas vezes, está localizada na região central do município, dificultando o acesso de alguns usuários. Inicialmente, pode-se pensar que, assim, diminui-se o custo com pessoal e infraestrutura, mas, dessa maneira, ocorre concentração de demanda e, portanto, o número de funcionários tende a ser o mesmo. Sem uma estratégia de trabalho, que aproxime o serviço farmacêutico das unidades de saúde, pode-se perder o contato com a comunidade, com as unidades de saúde e com os profissionais, especialmente da Estratégia de Saúde da Família (ESF), sendo que esse contato é fundamental para o desenvolvimento de estratégias visando o uso racional de medicamentos. De modo geral, tem-se um bom serviço farmacêutico, com boa gestão operacional, mas pouco integrado ao serviço de saúde, principalmente do ponto de vista da gestão clínica.

Já, a descentralização da dispensação tem como vantagem o maior respeito ao usuário, facilitando o acesso ao medicamento. Nesta lógica, o nível central, responsável pela assistência farmacêutica municipal, deve trabalhar de forma integrada com o serviço farmacêutico e os profissionais de saúde, especialmente da ESF, pois é nesses espaços que se estabelece o contato direto e diário com usuários e, por isso, é ali e dali que se deve determinar e direcionar todas as políticas e normas elaboradas no nível central.

Muitos municípios, principalmente os de pequeno porte, centralizam os medicamentos na farmácia central do município, geralmente localizada

em unidades de referência ou policlínicas e com a presença do farmacêutico. Contudo, é possível, tanto nesses municípios como em municípios maiores, a descentralização da dispensação com a criação de unidades regionais, que atenderiam mais de uma unidade de saúde; ou a dispensação em unidades de saúde estratégicas, que teriam a presença do farmacêutico, melhorando, assim, o acesso aos serviços farmacêuticos pelos usuários do sistema.

O modelo descentralizado da dispensação em unidades de saúde com farmacêutico responsável possibilita a inserção deste na equipe de saúde, para a realização dos serviços técnico-gerenciais e assistenciais, evitando que esse modelo seja reconhecido como um serviço desorganizado, com falta de medicamentos, ineficiência no controle de estoques e armazenamento inadequado.

Segundo estabelecido nas Diretrizes para estruturação de farmácias no âmbito do Sistema Único de Saúde/Ministério da Saúde (2009):

- Os **serviços técnico-gerenciais** exigem profissionais capacitados para aplicar conhecimentos e informações epidemiológicas, administrativas e gerenciais para o planejamento e a execução das ações.
- Os **serviços técnico-assistenciais** referem-se às atividades clínicas, e necessitam de uma equipe plenamente capacitada para aplicar conhecimentos sobre os medicamentos, a terapêutica, as habilidades e as competências para estabelecer a relação com os usuários dos serviços e a equipe assistencial e gerencial.

Na Figura 2, a seguir, estão apresentados exemplos desses serviços, categorizados de acordo com a classificação das Diretrizes:

Figura 2 – Exemplos de Serviços Farmacêuticos classificados de acordo com as Diretrizes para estruturação de farmácias no âmbito do Sistema Único de Saúde

| | |
|-----------------------------|---|
| Técnico Gerencial | Programação, solicitação de medicamentos, armazenamento, recebimento, estocagem, controle de estoque, inventário, descarte de resíduos. |
| Técnico Assistencial | Dispensação, orientação farmacêutica, seguimento farmacoterapêutico, educação em saúde, suporte técnico para equipe de saúde. |

Fonte: Brasil (2009).

As informações, muitas vezes, não chegam ao nível central de gestão por não existirem instrumentos ou pessoal qualificado para detectá-las, registrá-las e repassá-las adequadamente. Aliado a isso, tem o fato de que muitas Secretarias Municipais de Saúde não possuem ou não contam com um número suficiente de farmacêuticos. Esse cenário contribui para o atendimento inadequado aos usuários do SUS, além de favorecer perdas financeiras, elevada mobilização de

recursos e, principalmente, uso irracional de medicamentos, baixa cobertura populacional e baixa resolutividade dos serviços de saúde.

Os medicamentos que compõem o elenco da Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (Remume) podem ser distribuídos nas unidades de saúde, desde que seja respeitada a legislação vigente, com destaque para: a Portaria SVS/MS nº 344/1998; a Resolução RDC Anvisa nº 20/2011; as Portarias GM/MS nº 1.554/2013 e nº 1.555/2013. Além disso é fundamental que os profissionais, responsáveis pela dispensação desses medicamentos aos usuários, sejam qualificados e treinados para esse fim.

Leitura complementar: Para saber mais sobre a legislação vigente, sugeram-se as seguintes leituras:

- Portaria SVS/MS nº 344/1998
 - Resolução RDC Anvisa nº 20/2011
 - Portaria GM/MS nº 1.554/2013
 - Portaria GM/MS nº 1.555/2013
-

Outra forma de acesso aos medicamentos, utilizada por alguns municípios, em diversas regiões do país, é a entrega do medicamento em domicílio, por meio de *motoboys*, agentes comunitários de saúde, correios etc.

Leitura complementar: O artigo *Estratégias de apoio às políticas públicas de saúde. A experiência do projeto Remédio em Casa*, escrito por Janaina Machado Simões e Maria Gabriela Monteiro, relata a experiência desenvolvida no município do Rio de Janeiro, publicado em *O mundo da saúde*. São Paulo, v. 30, n. 2, p. 289-299, abr./jun. 2006..

Esses modelos de acesso aos medicamentos têm gerado muita discussão, considerando que, por um lado, com a entrega em domicílio, tem-se a certeza de que o usuário teve acesso ao medicamento. Mas, ele teve acesso ao serviço farmacêutico?

O serviço farmacêutico aborda ações que visam garantir a atenção integral, articulada e contínua das necessidades e dos problemas de saúde da população, tanto individual como coletiva, tendo o medicamento como um dos elementos essenciais, contribuindo para seu acesso equitativo e uso racional.

E no modelo que conhecemos, com o usuário se deslocando até a unidade de saúde ou à farmácia central para buscar seus medicamentos, está sendo promovido o acesso ao serviço farmacêutico?

Antes de promover o acesso aos medicamentos e de definir como fazer com que esse acesso seja humanizado, é necessário refletir sobre algumas questões. Muitas vezes, os gestores querem que o usuário receba o medicamento, sem, porém, refletir que, com o ato de apenas entregá-lo ao usuário não estará promovendo o acesso. Será que não se está escondendo o problema? “Tapando o sol com a peneira”?

Quando o medicamento é enviado por um serviço de entrega, simplesmente para tirar o usuário da unidade de saúde, diminuindo as filas para atendimento, estamos apenas escondendo o problema, e não promovendo o acesso ao serviço.

Não será definido aqui um modelo ideal de organização da dispensação nos municípios, pois cada local tem características diferentes. Não existe um modelo nacional ou internacional, mas existem, sim, aspectos estratégicos relacionados à realidade geográfica, demográfica e socioeconômica da área, ao perfil epidemiológico, número de unidades de saúde no município, à estrutura física e funcional.

As unidades de dispensação deverão estar em local de fácil acesso para o recebimento e a dispensação de medicamentos e demais serviços ofertados, atendendo aos critérios de referência territorial e de facilidade de acesso à população. Portanto, ao definir como será essa organização, seja ela centralizada, descentralizada, ou outra forma, é importante lembrar que deve-se promover o acesso ao serviço farmacêutico.

Além da organização da dispensação no município, deve-se pensar também na organização da dispensação nas unidades de saúde; não apenas na organização do espaço físico e funcional, mas também do serviço de farmácia.

É necessário que o farmacêutico compreenda e defina, de maneira explícita, o serviço que fornecerá ao usuário, sendo que a equipe (gestores e equipe de saúde) deve articular a maneira de pensar sobre o serviço a ser prestado.

A farmácia deve apresentar *layout* próprio, de forma a priorizar a área de atendimento, onde os usuários possam receber atendimento, personalizado e individualizado, seguindo uma concepção humanizada dos serviços ofertados e buscando o reconhecimento da unidade como referência na prestação de serviços farmacêuticos.

Para um ambiente confortável, existem componentes que atuam como modificadores e qualificadores do serviço, como, por exemplo: atendimento sem grades ou vidraça, para facilitar a comunicação; disponibilidade de mesas e cadeiras para o atendimento; colocação de placas de identificação do serviço existente e sinalização dos fluxos; iluminação adequada; ausência de ruídos; e tratamento das áreas externas (BRASIL, 2009). Além desses componentes, deve contar, sem dúvida, com pessoal capacitado e treinado para o desenvolvimento de atividades administrativas, logísticas e assistenciais.

Esse espaço deve permitir, também, a troca de informações de forma semiprivativa ou privativa. Para a realização desse serviço, é importante que se atenda o usuário em local que permita um diálogo sem interferentes auditivos

ou que distraiam a atenção do usuário; que ofereça conforto e sensação de acolhimento, onde tanto o farmacêutico quanto o usuário estejam sentados. A estrutura do serviço de farmácia deve dispor, preferencialmente, de acesso à internet, telefone e material bibliográfico.

Outra dificuldade nas unidades de saúde é a falta de espaço para a farmácia. Em muitos casos, os medicamentos ficam armazenados em vários locais, como cozinha, copa, banheiros e no chão, dificultando, e muito, o processo de dispensação e controle de todas as etapas da assistência farmacêutica, além de estarem armazenados em locais impróprios.

Imaginemos a seguinte situação: Ana, farmacêutica, que há dois anos foi contratada por meio de concurso público para atuar no município de Terra Fértil, com uma população de 27.000 habitantes, relata que, quando assumiu seu cargo, detectou situações que interferiam diretamente na dispensação, tais como:

- Falta de medicamentos na farmácia central e nas unidades de saúde.
- O elenco dos medicamentos fornecidos não contemplava algumas patologias, por exemplo, epilepsia e hipotireoidismo.
- Reclamação dos usuários do CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) quanto ao acesso aos medicamentos.
- Grande quantidade de medicamentos vencidos na farmácia central e nas unidades de saúde, que correspondiam a 5% do estoque geral e 10% do orçamento mensal da assistência farmacêutica.
- Estrutura física inadequada para o serviço farmacêutico, por exemplo: temperatura elevada, problemas diversos com mobiliário, limpeza e vidro.
- Não era fornecido o insumo para o tratamento do diabetes, por exemplo: seringa, lancetas, tiras e glicosímetros.
- Os medicamentos de tuberculose e hanseníase eram entregues na vigilância epidemiológica.
- Os medicamentos judiciais eram entregues pelo motorista da prefeitura.
- O farmacêutico não dispensava medicamento, este serviço era realizado pelos funcionários.
- A relação entre o serviço farmacêutico e as unidades de saúde era focada na reposição de estoque.
- O serviço farmacêutico não estava envolvido nas atividades de educação em saúde.

A partir da detecção desses problemas, a farmacêutica tomou como primeira medida desenvolver o planejamento estratégico com objetivo de viabilizar o acesso, tendo como foco do serviço o uso racional do medicamento e, assim, melhorar a satisfação do usuário com o serviço farmacêutico.

Para iniciar as atividades, Ana percebeu que necessitava de algumas informações:

- Onde há entrega de medicamento no município?
- Existe algum funcionário responsável pela entrega dos medicamentos? Quem é esse responsável? E qual o período de entrega?
- De onde vêm os recursos para a estruturação das farmácias?
- Como os recursos podem ser utilizados, e por que isso influencia a organização e o processo de dispensação?
- A organização do serviço no município promove o acesso dos usuários ao tratamento medicamentoso e ao cuidado farmacêutico?
- É possível, na sua rotina, outras atividades como educação em saúde, visita às unidades de saúde, inserção na Comissão de Farmácia Terapêutica?

E você, se identificou com a situação vivida pela farmacêutica Ana? Para a sistematização dos serviços de dispensação é importante definir:

- Onde serão fornecidos os medicamentos.
- Em quantas unidades será implantado o serviço de dispensação e se isso implicará na intervenção direta do farmacêutico.
- O modelo: centralizado ou descentralizado.
- A prioridade dos locais onde será implantada a dispensação.
- As atividades e responsabilidades que envolvem este serviço.
- Os instrumentos que certifiquem a definição de atividades e responsabilidades, como: protocolos, escala de atividades.
- Os meios para avaliarem o serviço no âmbito local e municipal, incluindo indicadores de satisfação do usuário.

A estruturação do serviço de dispensação contribuirá para a gestão dele, bem como para delinear o planejamento das ações integradas ao serviço de saúde, e melhorar os resultados da saúde, dos usuários do SUS.

2.3 Estrutura física e recursos humanos para a organização do serviço de dispensação

As perdas financeiras para as Secretarias Municipais de Saúde têm sido consideráveis pela falta de observação de alguns detalhes na questão dos medicamentos. Infelizmente, os desperdícios são de difícil mensuração quantitativa, visto que os cálculos envolvem outros níveis de complexidade do sistema de saúde, e até mesmo outros setores.

É crucial a modernização da estrutura física das farmácias e a presença institucionalizada dos profissionais farmacêuticos. Essa lógica se faz necessária

para o caráter multiprofissional e interdisciplinar no SUS, bem como para a garantia mínima de dois de seus princípios: integralidade da assistência e humanização do atendimento.

Um gestor deve verificar se a área física das farmácias da Rede de Atenção à Saúde do município atende a demanda populacional existente na área de abrangência, permitindo a disponibilização dos serviços necessários. Essas áreas também devem ser compatíveis com as demais atividades de assistência farmacêutica, com as quantidades e os tipos de produtos a serem estocados, e com a periodicidade da reposição.

É muito importante o planejamento para adequação dos ambientes da farmácia, devendo, para isso, serem considerados o Plano Diretor do Município, as normas sanitárias vigentes, e os requisitos exigidos pela ABNT NBR nº 9.050, de 31 de maio de 2004, que dispõe sobre acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos (ABNT, 2004).

Além de tudo isso, a fim de melhorar a estruturação da assistência farmacêutica no município, um percentual de até 15% (quinze por cento) da soma dos valores dos recursos financeiros do Componente Básico da Assistência Farmacêutica, estadual e municipal pode ser utilizado, anualmente, para atividades destinadas à adequação de espaço físico das farmácias do SUS relacionadas à Atenção Básica, à aquisição de equipamentos e mobiliário destinados ao suporte das ações de assistência farmacêutica, e à realização de atividades vinculadas à educação continuada, voltada à qualificação dos recursos humanos da assistência farmacêutica na Atenção Básica, sendo vedada a utilização dos recursos federais para esta finalidade, conforme estabelecido na Portaria GM/MS nº 1.555/2013.

O gestor deve ter claro que, para utilização desses recursos, as atividades e os recursos financeiros aplicados deverão constar nos instrumentos de gestão do SUS (Plano de Saúde, Programação Anual e Relatório Anual de Gestão).

Os benefícios de estruturação e manutenção de um serviço de farmácia têm um enorme potencial para superar os custos com algumas atitudes, como:

- diminuindo o número de usuários que evoluem a um nível de maior complexidade de atendimento e, portanto, de maior custo;
- diminuindo a quantidade de produtos que são descartados por ultrapassar o prazo de validade e, conseqüentemente, economizando com a aquisição de produtos em quantidade demasiada e com o custo do descarte;
- aumentando o atendimento das prescrições por existir uma melhor distribuição dos medicamentos e insumos nas farmácias, evitando faltas destes;
- aumentando o número de itens atendidos por prescrição, devido a maior interação entre o prescritor e o farmacêutico nas unidades de saúde.

A farmácia é um espaço identificado como uma estrutura física que permite não somente a guarda correta de medicamentos, mas também um espaço humanizado de atendimento aos usuários do SUS, dotado de um sistema eficiente de informação aos interesses do conjunto dos programas e ações de saúde.

Em uma boa gestão é fundamental o estabelecimento de processos estratégicos, iniciando pela gestão dos recursos humanos, que são os que fazem os processos ocorrerem (OPAS, 2011). Sendo assim, a farmácia deve dispor de recursos humanos suficientes, tanto para os serviços técnico-gerenciais quanto para a assistência aos usuários, mobilizados e comprometidos com a organização e a produção de serviços que atendam às necessidades da população. O quantitativo desses recursos deve variar conforme o número de atendimentos diários e a complexidade do serviço prestado pela farmácia (BRASIL, 2009).

Portanto, farmácias comunitárias, implantadas de acordo com as normas sanitárias vigentes, devem ser referência para a dispensação de medicamento para uma determinada população adscrita, organizando os registros, a dispensação, o acompanhamento dos tratamentos e desenvolvendo ações de educação em saúde para promover o uso racional dos medicamentos e a otimização de processos logísticos.

Um fator de grande relevância que tem impedido a criação e o desenvolvimento de serviços farmacêuticos é a escassez de profissionais farmacêuticos no SUS, sobretudo nas unidades básicas de saúde. Em geral, os gestores ainda não estão sensibilizados quanto à importância desse profissional para a eficiência da assistência farmacêutica nos municípios.

Outro fator é o envolvimento demasiado do farmacêutico nas atividades técnico-gerenciais, distanciando-se das assistenciais. Com a consolidação do SUS, estas se mostram como uma possibilidade de atuação do profissional farmacêutico, que pode atuar tanto no nível gerencial/administrativo, quanto em atividades assistenciais ou clínicas.

A importância dos medicamentos na recuperação da saúde dos usuários do sistema, o volume cada vez maior de recursos empregados na aquisição destes e a dificuldade na gestão central e local dos medicamentos justificam a inserção, cada vez mais, do profissional farmacêutico no sistema de saúde (LEITE; CORDEIRO, 2005).

De importância cada vez mais reconhecida, as questões inerentes à capacitação de recursos humanos ocupam lugar de destaque nas estratégias de implementação do SUS. A capacitação de todos os funcionários para atuar na farmácia é indispensável, e é fundamental que os gestores da saúde e da assistência farmacêutica desenvolvam e mantenham um plano de educação permanente para esses profissionais. Uma maneira de realizar a capacitação é por meio do matriciamento.

A formação e educação permanente dos recursos humanos devem estar de acordo com os objetivos do SUS, da Atenção Básica e com as funções do serviço farmacêutico. É fundamental que as experiências de aprendizagem venham da interação com os demais atores dos serviços e do sistema de saúde, bem como da comunidade. Compartilhar informação sobre problemas mais relevantes socialmente, visando uma ação centrada no indivíduo, na família e na comunidade também é importante. Os serviços devem atuar como campo de prática, tanto para a formação como para a educação permanente do pessoal do serviço farmacêutico.

É importante que o trabalho em equipe seja um processo dinâmico, aberto e participativo na construção técnica, política e social da mudança do trabalho em saúde para a aplicação de um novo modelo de atenção (OPAS, 2011).

Além da ênfase na formação e educação continuada e permanente do profissional farmacêutico, é preciso considerar, também, a capacitação e o treinamento do pessoal de apoio, como os auxiliares do serviço. Esse recurso é fundamental, pois, em muitas ocasiões, são estes profissionais que têm contato direto com o usuário do serviço, razão pela qual devem conhecer os princípios e os valores do sistema e do serviço. Como parte do trabalho em equipe, no entanto, é fundamental que esteja claro até onde chega o papel desses profissionais no processo de atenção. Daí a importância de que a gestão de recursos humanos tenha, claramente, definidas as funções dos diferentes componentes da equipe, assim como as competências e a formação necessárias.

Um elemento-chave na formação dos profissionais é a ética, considerando não somente os aspectos da atenção à saúde, mas também os aspectos éticos da tomada de decisões, tanto no âmbito clínico como gerencial, a investigação que envolve seres humanos, a inter-relação entre os membros da equipe de saúde e com a comunidade, aspectos do meio ambiente, entre outros. É importante considerar a realidade socioeconômica, os valores e as convenções instituídas por uma determinada comunidade ou sociedade.

2.4 Componentes das atividades do serviço de dispensação

A dispensação é composta de atividades, que visam assegurar a qualidade do medicamento, classificadas como administrativas e assistenciais, cujo foco é o resultado na saúde do usuário.

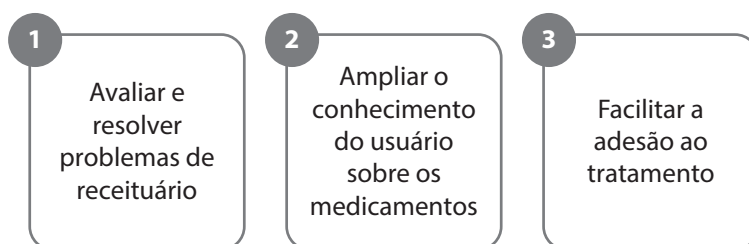
Leitura complementar: Sobre este assunto ainda, sugere-se a leitura dos seguintes documentos:

- *Assistência Farmacêutica na Atenção Básica: instruções técnicas para sua organização*, do Ministério da Saúde, 2. ed., 2006.
 - *Serviços farmacêuticos na atenção primária à saúde*, de Rafael Mota Pinheiro, publicado no periódico *Tempus – Actas de Saúde Coletiva*.
-

Para discutir a gestão do serviço de dispensação, é necessário que esse processo seja estruturado, planejado e sistematizado, respeitando as especificidades dos municípios.

Segundo Correr (2007), a dispensação faz parte do processo de atenção à saúde do usuário, e se configura como o momento em que o farmacêutico, frente a uma prescrição ou a uma solicitação do usuário, assume a corresponsabilidade na utilização do medicamento, por meio do que se pode chamar de validação do uso do medicamento. Esse processo deve estar estruturado de forma tal que garanta a ação do farmacêutico e a satisfação do usuário, conforme pode ser visto, a seguir, na Figura 3.

Figura 3 – Descrição dos objetivos do processo de dispensação



Fonte: Correr (2007).

A dispensação deve ser realizada pelo farmacêutico, e o processo deve estar organizado de tal forma que permita um atendimento ágil, sem, contudo, interferir na qualidade (CORRER, 2007).

O farmacêutico nem sempre estará disponível para o atendimento aos usuários, e o número de funcionários da farmácia pode não ser suficiente para atender a demanda. Por essa razão, é importante que sejam definidos quais funcionários da unidade de saúde ou da farmácia estarão envolvidos nesse serviço, bem como que estes sejam treinados e estejam dispostos a seguir os procedimentos implantados.

Os procedimentos operacionais padrão devem descrever como se dá o atendimento.

Para facilitar a sistematização do processo, é necessário ter claro alguns pontos que já aprendemos sobre dispensação e refletir sobre quais são os cenários da dispensação.

No SUS, a dispensação dos medicamentos se dá a partir de um receituário médico ou odontológico, e o tratamento pode ser contínuo, como para hipertensão, diabetes, hipotireoidismo; ou por um período determinado, como antibioticoterapia, analgésicos.

Pode, ainda, ser a primeira vez que o usuário utilizará um determinado medicamento ou pode estar em continuação do tratamento. Pode ser também a primeira vez que utiliza o serviço da farmácia pública.

Leitura complementar: Para recordar alguns pontos fundamentais da dispensação, é recomendada a leitura do texto *A dispensação de medicamentos: uma reflexão sobre o processo para prevenção, identificação, e resolução para problemas relacionados à farmacoterapia*, de Galato e colaboradores, publicado no periódico *Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences*, em 2008.

A dispensação envolve etapas que visam promover o uso racional do medicamento assim como contribuir para o contínuo acesso a ele, conforme expressado na Figura 4.

Figura 4 – Processo da dispensação



Fonte: Elaborado pelos autores.

Etapa 1: Recepção do usuário: na perspectiva do acolhimento

Atividades:

- Recepcionar o usuário.
- Escutar todas as necessidades do usuário.
- Verificar a disponibilidade dos medicamentos solicitados.
- Identificar o solicitante (próprio usuário, cuidador ou terceiro).
- Identificar o usuário do medicamento (criança, adulto, gestante, idoso).
- Verificar a experiência de uso do(s) medicamento(s).

Por meio do relato de caso descrito a seguir, vejamos como podemos incorporar esse conceito em nossa prática.

J. R. M. de 72 anos, sexo masculino, após consulta com o médico da família, foi à farmácia solicitar o medicamento que havia sido prescrito porque a hipertensão arterial sistêmica estava descompensada. O usuário foi atendido com muita cordialidade e informado de que o medicamento não era padronizado no município e, portanto, deveria adquiri-lo em uma farmácia comunitária de caráter privado. O funcionário que o atendeu foi tão atencioso que verificou, inclusive, o custo do medicamento.

Prescrição: Valsartana 80 mg. Tomar 1 comprimido a cada 12 horas, uso contínuo.

Análise do processo:

O senhor J.R.M. foi recepcionado e ouvido sobre a sua necessidade?

Sim, pois ele foi atendido com cordialidade, e a sua solicitação era o medicamento para o tratamento para a hipertensão arterial sistêmica.

Então, ser gentil, cordial, escutar foi resolutivo?¹

O caminho para o acesso ao medicamento existe, porém ele é desconhecido, e essa falta de informação inviabilizou que acontecesse a integralidade no atendimento desse usuário, uma vez que ele realizou a consulta médica, teve um diagnóstico, um plano terapêutico e a tecnologia utilizada para a resolução do seu problema não estava acessível.

Após ser constatado que há disponibilidade do medicamento no serviço de dispensação, é importante saber se quem está buscando é o próprio usuário, o cuidador ou terceiros, bem como quanto à experiência de uso do medicamento (primeira vez ou continuação de tratamento).

¹ Ser resolutivo no serviço de dispensação é alcançar as premissas deste serviço: ter o acesso como atributo e o uso racional do medicamento como foco.

Quando da primeira vez que o usuário vai utilizar o serviço da farmácia pública, é realizado o cadastro do usuário (nome, endereço, telefone). Caso o cadastro já exista, é importante verificar a experiência de uso do medicamento e avaliar o histórico de dispensação (atraso na retirada de medicamento de uso contínuo, retirada do medicamento em outra unidade de saúde ou farmácia do município).

O cadastro do usuário em um sistema informatizado facilita a avaliação dos resultados e permite o acompanhamento do histórico da dispensação.

Quando o solicitante for um terceiro, a etapa de orientação, na maioria das vezes, fica suprimida, e pode-se avaliar a necessidade de outros meios de comunicação, tais como, informe escrito, comunicação via agente de saúde ou por meio de visita domiciliar.

É importante enfatizar que identificar o solicitante impactará na escolha do método de comunicação utilizado para orientar o usuário sobre o uso correto do medicamento.

Para a etapa seguinte, análise da prescrição, é necessário identificar o usuário do medicamento (adulto, criança, idoso, gestante).

Apenas identificando o cenário (início ou continuação de tratamento), é possível identificar a experiência que o usuário tem com o medicamento.

Etapa 2: Análise da prescrição

Segundo Correr (2007), na dispensação com receituário, subentende-se que o usuário já foi avaliado por outro profissional de saúde (médico ou dentista) e que o foco desse processo deve ser a interpretação das informações disponíveis na prescrição, com o objetivo de aumentar as chances do êxito terapêutico.

Esta etapa garante que:

- a prescrição esteja livre de erros legais; e
- estejam sendo respeitados os parâmetros básicos de indicação, posologia e contraindicações.

Leitura complementar: O artigo Erros: evitar o evitável, de Lenita Wannmacher, da série *Uso Racional de Medicamentos: Temas selecionados*, aborda como erros de prescrição podem influenciar o resultado terapêutico.

Segundo exposto no artigo 44 da RDC nº 44/2009, o farmacêutico deve avaliar as prescrições, observando os seguintes itens:

- 1) legibilidade e ausência de rasuras e emendas;
- 2) identificação do usuário;
- 3) identificação do medicamento, concentração, dosagem, forma farmacêutica e quantidade;
- 4) modo de usar ou posologia;
- 5) duração do tratamento;
- 6) local e data da emissão;
- 7) assinatura e identificação do prescritor, com o número de registro no respectivo conselho profissional.

Durante esta etapa é importante conhecer para qual problema de saúde foi prescrito o medicamento e se o usuário utiliza outros medicamentos, para que possa ser avaliada a dose e a duração de tratamento. Nesse momento, além de ponderar o grau de conhecimento que o usuário tem sobre o medicamento ou tratamento, também é possível avaliar o risco de interações medicamentosas, reações adversas e contra-indicação.

Durante a análise da prescrição, é necessário responder algumas perguntas:

- A posologia está correta? A dose prescrita está dentro da margem terapêutica de efetividade e segurança?
- As indicações estão adequadas? O medicamento prescrito tem indicação clínica relacionada com a queixa ou o sintoma relatado pelo usuário?
- Existem situações especiais (gravidez, idoso e criança)?
- Existem outras situações clínicas, outros medicamentos ou outras doenças concomitantes? Avaliação do risco de interação, precauções, contra-indicação ou reação adversa.

Segundo Correr (2007), quando forem percebidas falhas que comprometem o entendimento sobre o medicamento, a dose ou forma farmacêutica, frequência, duração de tratamento, aumentando o risco de erro na dispensação, pode-se utilizar fontes de informação, relato do próprio usuário ou contatar o prescritor.

Algumas situações necessitam ser discutidas com o prescritor e/ou usuário, visando garantir a segurança do tratamento e a obtenção de melhores resultados terapêuticos.

- Não há informação suficiente.
- Forma farmacêutica incompatível com o usuário.
- Falta do medicamento/não há substituições.

- Usuário reclama de falta de resposta do tratamento (mesmo estando o uso correto).
- Contraindicação com risco para a saúde.
- Duplicidade sem justificativa.
- Interação medicamentosa: evidência científica para o risco e a gravidade potencial.
- Efeito colateral.
- Existe uma alternativa mais segura.
- Provoca não adesão.
- Prescrição sem referência bibliográfica/evidência científica.
- Quando a informação do usuário não está de acordo com o que está na prescrição ou na bibliografia.
- Quando não há possibilidade de resolver o problema encontrado, deverá ser considerada a não dispensação do medicamento.
- Caso não haja nenhuma não conformidade, a próxima etapa será a separação do(s) medicamento(s).

Etapa 3: Separação

Nesta etapa, deve ser avaliada a integridade do produto, o nome do medicamento, a dosagem, a data de validade e a quantidade necessária para realizar o tratamento. A quantidade separada sempre deve ser confrontada com a prescrição no momento da entrega ao usuário.

Etapa 4: Registro

Consiste em realizar a identificação na prescrição dos itens atendidos e não atendidos e a data da dispensação. Para os tratamentos de uso contínuo o registro pode ser realizado em carteirinhas específicas (hipertensão, diabetes, anticoncepcionais). Por exemplo, medicamento entregue, quantidade, duração do tratamento e prescritor. Esses registros, por meio de dados numéricos, possibilitam demonstrar a importância do serviço farmacêutico, representando a sua produtividade. Lembremos que esses dados são fundamentais para a avaliação e o planejamento estratégico do serviço.

Alguns municípios utilizam sistemas informatizados para o cadastro de tais informações.

Etapa 5: Avaliação

Nesse momento, o objetivo é analisar quais orientações serão fornecidas ao usuário para que seja atingido o objetivo terapêutico proposto e que contribua para o uso racional.

Apresentamos dois aspectos importantes a serem considerados durante a etapa de avaliação, de acordo com a experiência de uso do medicamento.

Situação 1 – Início de tratamento (o usuário não tem experiência anterior com o uso do medicamento prescrito)

Nesse caso, o atendimento deve ser realizado, preferencialmente, pelo farmacêutico, e o foco do processo de uso deve ser:

- o objetivo do tratamento;
- a posologia;
- as precauções do modo de uso;
- a conveniência e disposição do usuário em utilizar o medicamento; e
- o modo de conservação do produto.

Para realizar a orientação, é necessário avaliar a compreensão do usuário sobre as orientações do prescritor.

Situação 2 – Continuação de tratamento

O foco deve ser o resultado do uso do medicamento. Inicialmente, o atendimento pode ser realizado pelo auxiliar que deve ter a obrigação de investigar se o tratamento está sendo efetivo, ou seja, se está alcançando os objetivos terapêuticos. Por exemplo: se a pressão arterial está controlada ou se as crises de asma reduziram.

É necessário certificar-se de que o tratamento está sendo seguro, se não estão ocorrendo reações adversas, se não surgiu um novo problema de saúde ou se não agravou algum existente após o início do tratamento.

Também é importante averiguar se o usuário não está tendo dificuldades em utilizar o medicamento e se está tendo adesão ao tratamento.

Caso nenhum problema seja identificado, o auxiliar pode seguir o procedimento de fornecimento de medicamentos. Quando houver algum problema identificado, o usuário deve ser encaminhado à avaliação do farmacêutico.

Algumas perguntas podem auxiliar no momento de avaliar o resultado dos medicamentos, de acordo com a percepção do usuário:

- Para que o(a) senhor(a) vem usando este medicamento?
- Como está o tratamento, sente-se melhor?
- A pressão arterial (a glicemia, o colesterol...) está controlada?
- O(a) senhor(a) tem tolerado bem a medicação?
- Sentiu alguma reação diferente ou algum efeito indesejável?
- Adaptou-se bem ao medicamento?
- Sente alguma dificuldade na utilização?

Caso o usuário tenha respondido alguma das perguntas anteriores de forma negativa, é necessário verificar como ele procede ao utilizar o medicamento prescrito. Para isso, outras perguntas podem ser feitas:

- O(a) senhor(a) tem tomado a medicação todos os dias?
- A que horas tem tomado?
- Conte, como exatamente o(a) senhor(a) está tomando os seus medicamentos?

Caso o prescritor tenha feito alguma alteração de dose ou forma farmacêutica, é imprescindível avaliar a compreensão do usuário sobre o processo de uso do medicamento.

Etapa 6: Plano de ação

O objetivo desta etapa é, em conjunto com o usuário, definir o melhor plano para realizar o tratamento, assim como aconselhar e educar sobre o uso correto dos medicamentos. A informação deve estar adequada às necessidades de cada usuário:

- Nome, dose, frequência e duração.
- Cuidados especiais (preparo ou administração).

É fundamental orientar o usuário sobre o uso de medicamentos que necessitam de um preparo, administração ou armazenamento mais complexo. Para isso, durante a separação do produto deve ser levado em consideração:

- Exige condições especiais de armazenamento?
- Deve ser mantido sempre na embalagem original?
- Requer abrir de alguma forma especial ou tem uma tampa de segurança?
- É necessária alguma preparação especial antes de sua administração?
- Precisa de alguma técnica de administração especial?
- Apresenta alguma condição especial de administração?
- Necessita de explicação sobre como utilizar a forma farmacêutica?
- Há necessidade de orientações sobre autocuidado, precauções e reações adversas, interações com medicamentos ou alimentos?

Nesta etapa, podem ser utilizados instrumentos que facilitem a adesão, como etiquetas e esquemas.

Os horários de administração do medicamento podem ser avaliados juntamente com o usuário, considerando seus hábitos alimentares, suas atividades diárias, para que sejam definidos de acordo com os hábitos de vida dele. Por exemplo, se o medicamento deve ser ingerido em jejum ou de estômago

vazio, verificar o horário do café da manhã, se é viável ingerir antes do café ou duas horas depois etc.

Deve-se procurar substituir expressões como “o senhor deve tomar assim...” por o senhor poderia tomar assim, ou, o que o senhor acha de tomar tal hora, seria melhor?

É importante conhecer a experiência que o usuário tem com o uso do medicamento. Trata-se de um cenário de início de tratamento ou de um cenário de continuação?

Uso de pictogramas

Segundo Galato e colaboradores (2006), o uso de pictogramas (símbolos gráficos) ou de sinalização constitui uma importante ferramenta para facilitar a comunicação durante as orientações sobre o uso dos medicamentos, como nos exemplo que seguem.

Sampaio e colaboradores (2008) aplicaram um questionário, contendo 12 figuras, envolvendo 83 usuários, com baixa ou nenhuma escolaridade, atendidos no sistema público, e observaram que, entre as figuras apresentadas, 9 foram corretamente compreendidas por 63 usuários, apontando que esta pode ser uma ótima estratégia para a compreensão da prescrição médica.

Em outro estudo realizado, o objetivo foi desenvolver pictogramas com informações sobre a utilização de medicamentos. Desenvolveram-se 6 pictogramas e foram realizadas 73 entrevistas, 4 pictogramas foram considerados legíveis, com mais de 67% de compreensão (GALATO et al., 2006).

Os pictogramas podem ser muito úteis, no entanto, é necessário certificar-se de que o usuário compreendeu o significado deles. Como os artigos citados mostram, todos os estudos identificaram pictogramas incompreensíveis ou pessoas que não os compreenderam.

É muito importante que o usuário conheça:

- o objetivo e o benefício do tratamento para a sua saúde;
- a forma de administrar corretamente os medicamentos;
- a forma de conservação dos medicamentos em casa.

Vejamos algumas orientações de comunicação:

- Procurar chamar o usuário pelo próprio nome.
- Usar linguagem popular, clara e objetiva.
- Fazer somente perguntas claras e objetivas.
- Cuidar para não sobrecarregar o usuário de informações.
- Pedir para o usuário que mostre como vai utilizar os medicamentos.
- Saber ouvir com atenção.

- Nunca interromper sua fala.
- Demonstrar confiança e interesse, evitando displicência ou desatenção.
- Manter um sorriso cordial e sincero durante o atendimento.
- Ser honesto.

É importante certificar-se de que:

- O usuário sabe para que é o tratamento?
- O usuário sabe a forma de administração, a frequência e a duração do tratamento?

Para o processo de dispensação, existem várias metodologias propostas, e a correta é aquela que possibilita a comunicação adequada com aquele usuário específico.

Nesta etapa, o foco também é avaliar a dispensação dos medicamentos de uso contínuo, e pode, ainda, subsidiar a avaliação da adesão, quando é possível visualizar o histórico de retirada dos medicamentos. Nessa fase é que se avalia a necessidade de outros serviços farmacêuticos, como o acompanhamento farmacoterapêutico, a farmacovigilância, os programas de educação em saúde e a visita domiciliar.

2.5 Registro das informações do serviço de dispensação

Os profissionais envolvidos nos serviços farmacêuticos devem conhecer os sistemas de informação em saúde existentes no seu local de trabalho. Um sistema de informação em saúde deve incluir a captação de dados, o processamento, a disponibilização e o uso da informação necessária à melhoria da efetividade e à eficiência dos serviços de saúde, mediante uma melhor gestão em todos os níveis de cuidado. Tem como finalidade promover apoio ao processo de decisão em cada nível da organização. Assim, além de conhecer e manipular a informação existente, de maneira integrada aos demais processos de trabalho, deve também propor e alimentar com informações seus processos mais específicos.

Hoje, existem inúmeros sistemas informatizados para o registro das informações do serviço farmacêutico, incluindo a dispensação. Muitos deles interligados aos prontuários e a outros serviços das unidades de saúde. Esses sistemas são elaborados, em sua maioria, por empresas privadas e devem ser pagos para que se tenha acesso ao serviço. Se o município possui um sistema desses, o profissional deve se informar bem como ele funciona e procurar alimentá-lo com o registro dos serviços farmacêuticos. É importante considerar não apenas as atividades administrativas farmacêuticas, como controle de

estoque, programação e entrega, mas também as atividades assistenciais de dispensação, orientação, acompanhamento, visitas domiciliares, entre outras.

Se o município não possui um sistema informatizado ou o utilizado atualmente não atende as necessidades do serviço, existe um sistema gratuito, elaborado pelo Ministério da Saúde, o Hórus – Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica, que permite o registro de todas as entradas, saídas e fluxos de produtos e de medicamentos na Central de Abastecimento Farmacêutico e nas farmácias/unidades de saúde.

Neste sistema, são emitidos diferentes relatórios, contendo informações gerenciais que subsidiam o planejamento e desenvolvimento das ações de assistência farmacêutica na Atenção Básica: históricos das dispensações dos usuários; dados sobre pacientes faltosos; procedência das prescrições; posição de estoque; datas de agendamento das próximas dispensações, e outras. Também estão disponíveis informações técnicas, necessárias para a qualificação dos serviços e gestão do cuidado, de forma que possam ser utilizadas durante o momento da prescrição e na dispensação: Rename; Formulário Terapêutico Nacional; Temas Selecionados para Promoção do Uso Correto de Medicamentos.

O Hórus possibilita o agendamento, o registro e a rastreabilidade da dispensação, além do acompanhamento do uso dos medicamentos. Esse sistema também permite realizar o registro dos medicamentos controlados, conforme a Portaria nº 344/1998.

A qualidade de um sistema de registro é importante. Um bom sistema deve ser confiável, seguro e de fácil acesso. Quanto mais complexa a organização, o volume e a qualidade das informações, mais complexos serão os sistemas de registro para que tudo fique disponível da forma mais adequada.

Afinal, qual sistema escolher? Para responder a essa questão é necessário conhecer a realidade do serviço e quais informações serão registradas. Muitos municípios não têm nenhum sistema implantado ou o sistema existente não está adequado e, em outros, a realidade não permite a instalação de um computador em todas as unidades de saúde. O mais importante é que as informações necessárias sejam registradas e a consulta a estas seja possível. O registro pode ser manual, criando-se fichas para o registro da dispensação e acompanhamento da utilização dos medicamentos. Muitos municípios já utilizam fichas para o acompanhamento dos usuários do HiperDia e para o controle do estoque.

Outros sistemas utilizados são o SISMEDEX em alguns estados, ou o Hórus Especializado, para gerenciamento dos medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, e o SICLOM, para os medicamentos do programa DST/Aids. Ambos também realizam o registro da dispensação.

Os registros devem ser conservados porque, além do seu valor informativo, demonstram todas as atividades da organização. O consistente gerenciamento de registros garante que a integridade destes seja preservada enquanto forem necessários.

Como já observado anteriormente, é importante saber quais informações são necessárias para o serviço em que estamos atuando, se serão registrados apenas dados básicos da dispensação, ou se queremos registrar também os dados complementares, que auxiliarão no acompanhamento da utilização dos medicamentos.

Os dados importantes a serem registrados são:

- o cadastro de cada usuário, com informações como nome, endereço, telefone, número do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
- informações sobre os tratamentos prescritos (medicamentos, posologia, dosagem, quantidade);
- informações sobre o prescritor (nome, registro no Conselho Regional de Medicina ou no Conselho Regional de Odontologia);
- medicamentos dispensados (medicamento e quantidade dispensada);
- registro de ocorrência no uso dos medicamentos;
- informações sobre quem está realizando a dispensação.

Falando em gestão

O registro é uma questão muito importante para a gestão dos serviços. Só com registros confiáveis é possível realizar uma administração racional e coerente de produtos como os medicamentos. E, é a partir dos registros que podem ser geradas as informações necessárias para a tomada de decisão, assim como para avaliar os resultados das ações empreendidas. São essas informações que embasam as negociações e dão suporte ao gestor para que escolhas difíceis possam ser feitas. Portanto, para que haja gestão no serviço, no município, ou na instituição, não é possível ignorar esta questão: investir em registro é fundamental!

O sistema também pode imprimir dados sobre o tratamento, inclusive com ficha de orientação para controle e acompanhamento do tratamento pelo usuário.

É indispensável que o sistema registre informações dos medicamentos atendidos e não atendidos a cada dispensação, pois essas informações serão bastante úteis para a programação, aquisição e controle de estoque dos medicamentos.

Com a publicação da Portaria nº 271/2013, os municípios e estados terão que enviar dados da assistência farmacêutica, incluindo dados da dispensação para o Ministério da Saúde, para que este constitua a Base Nacional de Dados das Ações e Serviços da Assistência Farmacêutica e, com isso, tenha indicadores da assistência farmacêutica. Considerando a autonomia dos entes federados, e reconhecendo a existência de municípios e estados com soluções próprias para

organizar a assistência farmacêutica, o Ministério da Saúde procurou desenvolver uma ferramenta tecnológica que permitisse a interoperabilidade dos sistemas municipais e estaduais. Assim, municípios e estados que não aderirem ao Hórus poderão transmitir um conjunto de dados sobre os Componentes da Assistência Farmacêutica. Essa iniciativa, denominada webservice, faculta compatibilizar o Hórus com sistemas desenvolvidos em outras plataformas, o que resultará em eficiência e segurança na cadeia de transferência de informações (COSTA; NASCIMENTO JÚNIOR, 2012; BRASIL, 2013).

Leitura complementar: O artigo *Utilização dos registros de dispensação da farmácia como indicador da não adesão à terapia antirretroviral em indivíduos infectados pelo HIV*, de Raquel Regina de Freitas Magalhães Gomes e colaboradores, aborda a importância do registro das informações. O artigo foi publicado no periódico *Cadernos de Saúde Pública*, em 2009.

Embora não seja possível afirmar se a medicação dispensada foi utilizada adequadamente, os registros das dispensações realizadas tornam-se instrumentos importantes na identificação precoce dos usuários em risco de não adesão (GOMES et al., 2009).

O registro do atendimento, segundo normas e procedimentos estabelecidos, visa documentar as atividades de dispensação de medicamentos, tendo em vista necessidades administrativas, técnicas e éticas. O procedimento da dispensação resultará em uma série de registros que terão desde a finalidade administrativa de documentar a movimentação de estoque, o cumprimento das normas legais e governamentais até a finalidade gerencial de garantia de qualidade e proteção do usuário e dos profissionais. Principalmente quando implementados os procedimentos mais técnicos, como os que envolvem o aconselhamento e a educação, é importante a garantia do registro das informações prestadas (MARIN et al., 2003).

A garantia de uma informação de qualidade é condição essencial para a análise objetiva da situação sanitária, para a tomada de decisões baseadas em evidências e para a programação de ações de saúde (COSTA; NASCIMENTO JÚNIOR, 2012).

2.6 A dispensação no modelo de atenção à saúde do brasileiro

As funções dos serviços farmacêuticos são muito amplas. Vão desde os técnico-gerenciais aos técnico-assistenciais, e devem desenvolver-se no contexto

dos sistemas de saúde. O nível de execução depende do nível de complexidade dos serviços. Há funções que devem ser realizadas pelo farmacêutico e sua equipe, integradas ao sistema de saúde e outras, necessariamente, junto com os demais profissionais de saúde (OPAS, 2011).

Torna-se cada vez mais evidente a dificuldade em superar, nesse contexto, a intensa fragmentação das ações e dos serviços de saúde, bem como em qualificar a gestão do cuidado. O modelo de atenção à saúde vigente, fundamentado nas ações curativas, centrado no cuidado médico e estruturado com ações e serviços de saúde dimensionados a partir da oferta, tem se mostrado insuficiente para dar conta dos desafios sanitários atuais e, insustentável para os enfrentamentos futuros. A solução está em inovar o processo de organização do sistema de saúde, redirecionando suas ações e seus serviços no desenvolvimento das Redes de Atenção à Saúde (RAS), visando produzir impacto positivo nos indicadores de saúde da população (CIT, 2010).

As RAS são sistemas integrados, que se propõem a prestar uma atenção à saúde no lugar certo, no tempo certo, com qualidade certa, com o custo certo e com responsabilização sanitária e econômica por uma população adscrita (MENDES, 2011).

A organização do sistema, a partir das redes, permite otimizar e organizar os recursos e o processo de cuidado, evitando duplicações desnecessárias e dispendiosas. Podem ser citados, como exemplo, os desafios enfrentados para a garantia da continuidade do tratamento de um paciente que esteve hospitalizado e depois retorna para o cuidado na Atenção Básica, com uma prescrição de medicamentos não disponíveis nas unidades básicas de saúde.

Somente o funcionamento dos serviços em redes permitirá abordar o problema de maneira adequada. Isso implica que a rede se responsabiliza por garantir resultados em um determinado território, devendo os recursos de saúde dessas áreas serem planejados em conjunto, e a resposta aos problemas ser de alcance de todos os envolvidos. Ressalta-se, ainda, que muitos dos problemas requerem abordagens intersetoriais e multidisciplinares.

A RAS fundamenta-se na compreensão da APS como primeiro nível de atenção, enfatizando a função resolutiva dos cuidados primários sobre os problemas mais comuns de saúde, e a partir do qual se realiza e coordena o cuidado em todos os pontos de atenção. Os pontos de atenção à saúde são entendidos como espaços onde se ofertam determinados serviços de saúde, por meio de uma produção singular.

São exemplos de pontos de atenção à saúde: os domicílios, as unidades básicas de saúde, as unidades ambulatoriais especializadas, os centros de atenção psicossocial (CAPS), as residências terapêuticas, as farmácias, entre outros. Grande parte dos profissionais de saúde ainda prioriza os equipamentos, insumos e o conhecimento estruturado das profissões em saúde em detrimento

da escuta e do vínculo no cuidado em saúde. O foco do trabalho vivo deve ser as relações estabelecidas no ato de cuidar, que são: o vínculo, a escuta, a comunicação e a responsabilização com o cuidado. Os equipamentos e o conhecimento estruturado devem ser utilizados a partir desta relação e não o contrário, como tem sido na maioria dos casos (CIT, 2010).

A estrutura operacional das RAS é constituída pelos diferentes pontos de atenção à saúde, ou seja, lugares institucionais onde se ofertam serviços de saúde, e pelas ligações que os comunicam. Segundo Mendes (2011), os componentes que estruturam as RAS incluem: a Atenção Primária à Saúde; os pontos de atenção secundária e terciária; os sistemas de apoio; os sistemas logísticos; e o sistema de governança.

A APS é o centro de comunicação da RAS e tem um papel chave na sua estruturação como ordenadora da RAS e coordenadora do cuidado. Mas, somente os serviços de APS não são suficientes para atender as necessidades de cuidados em saúde da população. Portanto, os serviços de APS devem ser apoiados e complementados por pontos de atenção de diferentes densidades tecnológicas para a realização de ações especializadas (ambulatorial e hospitalar), no lugar e tempo certos.

Os Sistemas de Apoio são os lugares institucionais das redes onde se prestam serviços comuns a todos os pontos de atenção à saúde. A assistência farmacêutica constitui esse sistema e envolve todas as suas etapas: seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição, prescrição, dispensação e promoção do uso racional de medicamentos.

Hoje, as farmácias públicas estão muito distantes dessas diretrizes e das políticas de promoção da saúde, intervindo de forma isolada e dissonante da organização do SUS (SOARES, 2013). Portanto, é muito importante que se mude essa realidade, já que, como citado anteriormente, a assistência farmacêutica constitui um sistema de apoio nas RAS. O serviço de dispensação está inserido nesse contexto e está presente em vários pontos da rede, como nas Unidades Básicas de Saúde, no CAPS, nos Ambulatórios de Especialidades, nas UPAS, nos Hospitais, nas Vigilâncias Epidemiológicas, entre outros.

Os serviços farmacêuticos devem ser geradores de conhecimento, a partir da informação, adaptando esses conhecimentos aos usuários, a suas famílias, outros profissionais ou membros das equipes de saúde sem perder de vista as particularidades dos conhecimentos prévios, a cultura e a identidade.

Pelo contato direto com os usuários que chegam aos serviços e pela estreita conexão com os demais membros da equipe de saúde, o serviço de dispensação tem o desafio de prover uma atualização dinâmica do conhecimento em relação às condições de saúde dos pacientes e das terapêuticas, não só farmacológicas, adaptando-se à realidade local.

Por meio do matriciamento, é possível ao farmacêutico prover esse conhecimento aos membros das equipes das unidades de saúde da RAS do município. Sua utilização, como instrumento concreto e cotidiano, pressupõe uma transformação do modo como se organizam e funcionam serviços e sistemas de saúde.

O apoio matricial objetiva assegurar retaguarda especializada, tanto assistencial como de suporte técnico-pedagógico às equipes. A dimensão assistencial é aquela que vai produzir ação clínica direta com os usuários, e a ação técnico-pedagógica vai produzir ação de apoio educativo com e para a equipe. Essas duas dimensões podem e devem se misturar nos diversos momentos (BRASIL, 2010; CAMPOS; DOMITTI, 2007).

O matriciamento visa ampliar as possibilidades de construção de vínculo entre profissionais e usuários. Pode-se dizer que é um arranjo organizacional e, ao mesmo tempo, uma metodologia para a gestão do trabalho em saúde, objetivando ampliar as possibilidades de se realizar clínica ampliada e integração dialógica entre distintas especialidades e profissões.

Essa metodologia pretende assegurar maior eficácia e eficiência ao trabalho em saúde, mas também investir na construção de autonomia dos usuários. O apoio matricial procura construir e ativar espaço para comunicação ativa e para o compartilhamento de conhecimentos entre profissionais de referência e apoiadores.

Essa metodologia de trabalho deve ser aproveitada pelo farmacêutico para interação com as equipes das unidades básicas de saúde, principalmente pelo fato de a maioria dos pontos de fornecimento de medicamentos nos municípios não contarem com a presença desse profissional. O farmacêutico poderá investir na dimensão técnico-pedagógica, compartilhando conhecimentos com a equipe, para que ela possa se aproximar da resolutividade desejada, sempre lembrando que, ao realizar apoio a outra equipe, em uma população diferente, terá que oferecer conhecimentos diferenciados para serem incorporados pela nova equipe.

É importante que se promova a formação das equipes quanto aos aspectos relacionados às competências necessárias para que o serviço seja realizado com excelência e, ao mesmo tempo, contribua para a formação e educação continuada e permanente dos demais profissionais de saúde, em todos os aspectos relacionados às funções e atividades dos serviços farmacêuticos realizados nas unidades de saúde.

O conceito de apoio matricial e, mais ainda, sua prática constituem aspectos relativamente novos no âmbito do SUS. Os NASF utilizam muito esta metodologia de trabalho e o farmacêutico é um dos profissionais inseridos nessa equipe. A atuação de farmacêuticos junto ao SUS é uma realidade em vários municípios, seja na gestão da assistência farmacêutica, seja diretamente no cuidado aos usuários.

A inclusão da assistência farmacêutica como uma das áreas estratégicas de atuação dos NASF visa assegurar o acesso aos medicamentos com segurança, eficácia e resolubilidade da atenção, por meio da atividade farmacêutica comprometida com os princípios da APS. Assim, essa é mais uma possibilidade de o farmacêutico exercer sua profissão de forma integrada às equipes de Saúde da Família e contribuir para a resolutividade das ações em saúde, conforme estabelecem as diretrizes da ESF, da Política Nacional de Medicamentos e da Política Nacional de Assistência Farmacêutica.

Leitura complementar: Para aprofundamento do tema, recomenda-se a leitura do artigo *Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde*, de Campos e Domitti, publicado no periódico *Cadernos de Saúde Pública*; e o *Caderno de Atenção Básica*, número 27: *Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família*, publicado pelo Ministério da Saúde.

Para que, de fato, a atuação do farmacêutico no NASF contribua para aumentar a qualidade da assistência farmacêutica e a resolubilidade das ações de saúde, é fundamental que esse profissional desenvolva habilidades, conhecimentos e atitudes para atuar, de forma interdisciplinar, com as equipes de Saúde da Família e do próprio NASF, no planejamento e na execução das ações, e se corresponsabilize pela saúde da população da área de abrangência, na perspectiva da integralidade do cuidado (BRASIL, 2010).

Com relação ao serviço de dispensação, o profissional farmacêutico, no NASF, pode atuar utilizando as seguintes metodologias de trabalho:

- reuniões com as equipes da ESF;
- educação em saúde e atividades comunitárias;
- visita domiciliar;
- atendimento individual e ou familiar;
- atendimento conjunto com outro profissional de saúde;
- discussão e construção de Projeto Terapêutico Singular;²
- conciliação de medicamentos realizada na farmácia, e encaminhamento para a coordenação do cuidado;
- discussão do território e contra referência, principalmente, em casos de dispensação centralizada.

² O Projeto Terapêutico Singular (PTS) é uma ferramenta usada para realizar ações e cuidado em saúde com base numa abordagem centrada na pessoa. Conjunto de propostas de condutas articuladas para uma pessoa ou para um coletivo, que podem ser famílias, grupos ou comunidades.

O processo de trabalho dos profissionais do NASF deve ser desenvolvido por meio do apoio matricial, com a criação de espaços coletivos de discussões e planejamento.

Durante a dispensação, podem ser detectados problemas relacionados à farmacoterapia e, assim, quando necessário, o farmacêutico deve realizar a discussão do caso com a equipe, para, posteriormente, encaminhar os usuários para os grupos de educação em saúde e/ou para atendimento individual.

O processo de trabalho desse profissional precisa ser desenvolvido de tal forma que priorize o cuidado, não se limitando às atividades administrativas e nem se distanciando das assistenciais. O farmacêutico do NASF deve interagir com o nível central de gestão da assistência farmacêutica e com a coordenação das unidades de saúde, propondo a normatização dos procedimentos relacionados à assistência farmacêutica, a fim de obter melhores resultados no acesso, na racionalização dos recursos e no uso dos medicamentos (BRASIL, 2010).

O serviço de dispensação tem como estratégia o acesso ao medicamento e, como foco, a promoção do uso racional dos medicamentos. Assim, para efetividade dele, é necessário que esse serviço seja planejado e articulado, dentro dos princípios do SUS e com os demais serviços de saúde.

O acesso insuficiente aos medicamentos essenciais constitui um problema bastante grave e importante. Adicionalmente, o acesso físico e financeiro não se traduz, necessariamente, no uso correto, reforçando a necessidade de priorizar também, ao lado da discussão do acesso, a qualidade dos serviços e produtos oferecidos em relação ao provimento de medicamentos, bem como a responsabilização e a construção de vínculos.

Sendo assim, é necessário que o farmacêutico compreenda e defina, de maneira explícita, o serviço que fornecerá ao usuário. O modelo de serviço prestado não deve estar centrado no produto; deve-se pensar em um modelo dentro do conceito de serviço de saúde, cuja imagem objeto seja a concriação de valores.

O planejamento e a organização desse serviço devem incluir a estrutura física, organizacional e funcional, bem como os recursos humanos qualificados e a elaboração de um manual com normas e procedimentos. A dispensação é a etapa em que os profissionais das unidades de dispensação interagem diretamente com o usuário.

Para o desenvolvimento dos serviços farmacêuticos, aqui descritos como técnico-assistenciais, é necessária uma equipe, plenamente, capacitada com conhecimentos sobre os medicamentos, a terapêutica, as habilidades e as competências para estabelecer a relação com os usuários dos serviços e a equipe assistencial e gerencial.

A qualificação da gestão contribui para a ampliação do acesso da população aos medicamentos, acesso não restrito ao produto, mas com a garantia da qualidade e dos serviços prestados. Requer a reestruturação, tanto física como

de recursos humanos, demandando novas formas de pensar, de estruturar, de desenvolver e de produzir serviços e assistência em saúde (BRASIL, 2010).

Referências

ANGONESI, D. Dispensação farmacêutica: uma análise de diferentes conceitos e modelos. *Ciência e Saúde Coletiva*, sup. 13, p. 629-640, 2008.

Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT). *Acessibilidade a edificações, mobiliário, espaço e equipamentos urbanos*. Rio de Janeiro: Sede da ABNT, 2004. 105 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.916/MS/GM, de 30 de outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 10 nov. 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. *Assistência Farmacêutica na Atenção Básica: instruções técnicas para sua organização*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 100p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/assistencia_farmacutica_atencao_basica_instrucoes_tecnicas.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. *Diretrizes para estruturação de farmácias no âmbito do Sistema Único de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 44 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 152 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Caderno de Atenção Básica, n. 27).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 271/MS/GM, de 27 de fevereiro de 2013. Institui a Base Nacional de Dados de ações e serviços da Assistência Farmacêutica e regulamenta o conjunto de dados, fluxo e cronograma de envio referente ao Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 28 fev. 2013.

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, fev. 2007.

CFE. Conselho Federal de Farmácia. *Experiências exitosas de farmacêuticos no SUS*. v. 1, p. 1-80, 2013. Disponível em: <<http://www.cff.org.br/userfiles/file/noticias/Experiencias%20exitosas%20site.pdf>>.

CIT. Grupo Técnico da Comissão Intergestores Tripartite. *Diretrizes para Organização das Redes de Atenção à Saúde do SUS*. 2010.

CONILL, E. M.; MENDONÇA, M. H.; SILVA, R. A. P. R.; GAWRYSZEWSKI, V. Organização dos serviços de saúde: a comparação como contribuição. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 7, n. 3, p. 328-346, 1991.

CORRER, C. J. A prática farmacêutica de dispensação de medicamentos. *Material didático*. 2007.

COSTA, K. S.; NASCIMENTO JÚNIOR, J. M. do. HÓRUS: inovação tecnológica na assistência farmacêutica no Sistema Único de Saúde. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 46, supl. 1, dez. 2012. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000700013&lng=p t&nrm=iso>. Acesso em: 16 out. 2013.

GALATO, F.; CASAGRANDE JUST, M.; GALATO, D.; BARROS DA SILVA, W. Desenvolvimento e validação de pictogramas para o uso correto dos medicamentos: Descrição de um estudo-piloto. *Acta Farmacêutica Bonaerense*, sup. 25, p. 131-138, 2006.

GOMES, R. R. F. M. et al. Utilização dos registros de dispensação da farmácia como indicador da não adesão à terapia antirretroviral em indivíduos infectados pelo HIV. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 25, n. 3, p. 495-506, 2009.

ITS (INSTITUTO DE TECNOLOGIA SOCIAL). Caderno de Debate. Tecnologia Social no Brasil. 2004.

KOTLER, P. *Administração de marketing*. São Paulo, 2000.

LEITE, S.; CORDEIRO, B. C. *O farmacêutico na atenção à saúde*. Itajaí: Universidade do Vale do Itajaí, 2005.

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

MENDES, E. V. *As redes de atenção à saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

OMS (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD). El papel del farmacéutico en el sistema de atención de salud. Informe de la Reunión de la OMS. OPS/HSS/HSE/95.01. Tokio, 1993.

OPAS (ORGANIZACIÓN PAN-AMERICANA DE LA SALUD). *Guía Servicios Farmacéuticos en la Atención Primaria de Salud*. Washington, 2011.

PINHEIRO, R. M. Serviços farmacêuticos na atenção primária à saúde. *Tempus Actas Saúde Coletiva*, p. 15-22, 2010.

SAMPAIO, L. F.; SILVA, L. M. L.; VELHO, G. C. C.; MARTINS, M. G. G.; CASTILHO, S. R.; ALTENBURG, S. P. Pictogramas como linguagem para a compreensão da prescrição medicamentosa. *Revista Brasileira de Farmácia*, sup. 89, p. 150-154, 2008.

SIMÕES, M. J.; MONTEIRO, G. M. Estratégia de apoio às políticas de saúde. A experiência do projeto Remédio em Casa. *O mundo da Saúde*, v. 30, p. 289-299, 2006. Disponível em: <http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/35/estrategias_apoio.pdf>.

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

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 20, supl. 2, p. S190-S198, 2004.

VIEIRA, F. S. Qualificação dos serviços farmacêuticos no Brasil: aspectos inconclusos da agenda do Sistema Único de Saúde. *Revista Panamericana de Salud Pública*, v. 24, n. 2, p. 91-100, 2008.

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, nascia, 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, surgiu 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

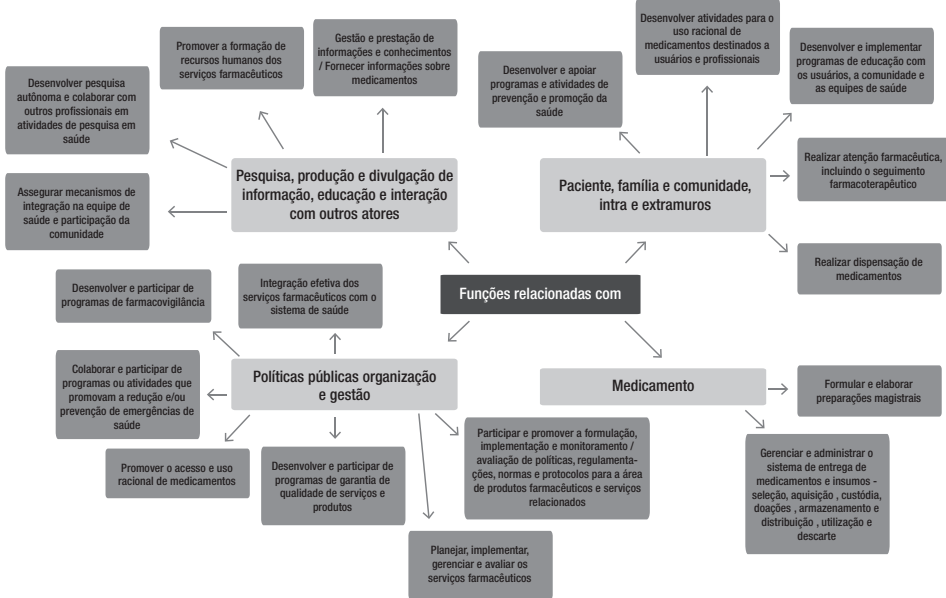
pleno de sua profissão. Nos últimos 50 anos, desde a criação da Farmácia Clínica, o papel do farmacêutico tem sido alterado decisivamente, sendo transformado de “dispensador” para “gerente do tratamento farmacológico”. Nessa nova tarefa, esse profissional tornou-se responsável pela seleção, pelo armazenamento, 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; GIFAF-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 glyceimic 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.; MERCUCCI, 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.; FERNANDEZ-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.

CONTEXTO SOCIOCULTURAL DO USO DE MEDICAMENTOS

Eliana Elisabeth Diehl
Esther Jean Langdon

Neste capítulo, abordaremos conceitos que vêm do campo da Antropologia, em especial da Antropologia da Saúde.

A formação farmacêutica é, geralmente, marcada pelo tecnicismo, e ainda é muito recente a inserção de conteúdos das ciências sociais e humanas nos currículos farmacêuticos, tornados essenciais pelas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Farmácia, as quais reforçam que o farmacêutico deve ter um perfil humanista e ser capaz de compreender a realidade social, cultural e econômica de seu meio.

Além disso, quando é abordada a integralidade da atenção à saúde, é necessário que as ações e os serviços contemplem o ser humano e os grupos sociais em toda a complexidade. Assim, a Antropologia mostra-se como uma das ciências humanas adequadas para construir o perfil proposto pelas Diretrizes, visto que ela reflete sobre as coletividades humanas e suas relações nas diferentes sociedades.

A escolha pela Antropologia e não por outra ciência humana se deve ao fato de que vimos refletindo sobre sua abrangência e especificidade no campo

da saúde – e sobre os medicamentos –, buscando ampliar a visão e sensibilizar os profissionais de saúde para a importância dessa abordagem.

Leitura complementar: O fato das prerrogativas relacionadas à formação irem além do tecnicismo pode ser observado na Resolução CNE/CNS nº 2, de 19 de fevereiro de 2002.

No decorrer deste capítulo, além de trazermos alguns autores que consideramos fundamentais para o tema, apresentaremos experiências vividas pelas autoras, bem como outros relatos, ilustrando as ideias que queremos compartilhar.

4.1 Cultura, doença e autoatenção à saúde

Apresentaremos alguns conceitos e implicações relacionadas ao processo saúde-doença-atenção, objetivando compreender esses conceitos e refletir sobre as potenciais contribuições para as ações profissionais realizadas cotidianamente.

O que é cultura?

Idealmente, como profissionais de saúde, queremos que o usuário siga, de modo fiel, a receita do médico, que compartilhe da mesma racionalidade biomédica¹ e do mesmo entendimento sobre o valor e a eficácia do medicamento. De fato, cotidianamente esse não é o caso. O cumprimento das instruções, como determinado na receita médica, – tanto na aquisição quanto na frequência e dosagem indicadas – raramente acontece.

Vários fatores influenciam, quanto, como e quando o doente administra e autoadministra os medicamentos. É comum pensar que o acesso e a questão econômica estão entre os aspectos relevantes que condicionam o uso dos medicamentos. Neste capítulo, poderá ser observado que esses fatores são menos importantes que as experiências do sujeito e as avaliações feitas sobre as necessidades dele.

Para entender as experiências, avaliações e necessidades, é preciso explorar o contexto cultural em que a pessoa vive. Fatores culturais são fundamentais na experiência da doença e nas decisões que a pessoa toma quando se trata de

¹ Utilizamos o termo “biomédico” ou “biomedicina” para designar a medicina ocidental hegemônica, cujo enfoque é a biologia, a fisiologia e a patofisiologia humanas.

sua medicação. Defendemos, ainda, que, de uma perspectiva antropológica, a relação entre a cultura e os processos de saúde e doença deve ser parte da formação de qualquer profissional que trabalha com saúde e, particularmente, do farmacêutico, que deve ter despertado em si o interesse em entender o uso humano dos medicamentos. O uso de medicamentos está determinado mais pela construção sociocultural da experiência da doença e menos pela experiência biológica.

Cultura² é um conceito central para a Antropologia. Nossa argumentação é que todos têm cultura, e é ela que determina, em grande parte, se a pessoa vai utilizar e como vai utilizar um medicamento.

A cultura inclui valores, símbolos, regras, costumes e práticas. Nessa definição, três aspectos devem ser ressaltados para se entender o que é atividade cultural: a cultura é aprendida, compartilhada e padronizada.

Ao dizer que é aprendida, estamos afirmando que não podemos explicar as diferenças do comportamento humano através da biologia. Sem negar um papel da biologia, a perspectiva cultural afirma que a cultura modela as necessidades e características biológicas.

Assim, a biologia oferece um pano de fundo ao nosso comportamento e às potencialidades de nosso desenvolvimento, mas é a cultura que torna essas potencialidades (as quais são iguais para todos os seres humanos) em atividades específicas, diferenciadas, segundo a cultura do grupo a que pertencemos. Porém, ser homem ou mulher, brasileiro ou chinês, não depende da composição genética, mas do que a pessoa aprende da sua cultura, ou seja, é a cultura que modela nossos comportamentos e pensamentos.

Leitura complementar: O aprofundamento sobre a temática poderá ser feito por meio da leitura dos artigos:

- *Você tem cultura*, do antropólogo Roberto da Matta, publicado no *Jornal da Embratel*, Rio de Janeiro, em 1981.
 - *O peso do trabalho leve*, de Maria Ignês Paulilo, que aborda o trabalho “leve” e “pesado” no Nordeste e em Santa Catarina, publicado na revista *Ciência Hoje*, em 1987. Maria Ignês Paulilo é graduada em Sociologia e tem doutorado em Antropologia.
-

Ao dizer que a atividade cultural é compartilhada e padronizada, salientamos a dimensão coletiva e separamos o comportamento cultural do comportamento individual. Assim, diferenças individuais devido às diferenças

² Cultura é qualquer atividade física ou mental que não seja determinada pela biologia e que seja compartilhada por diferentes membros de um grupo.

das experiências particulares e/ou características psicológicas particulares não fazem parte da cultura, sendo alvo de outra ciência, a Psicologia. Nosso interesse está na influência do contexto cultural na pessoa.

Para ilustrar essa afirmação, podem ser analisadas as diferenças de pensamentos e comportamentos sobre a comida. No Brasil, o feijão e o arroz formam o básico do almoço completo para muitos grupos, que não satisfazem sua fome se esses dois alimentos não estão presentes. Outros sempre precisam de um prato de carne para se sentirem alimentados, e até saem com fome depois de comer uma abundante comida chinesa, cheia de legumes misturados com um pouco de carne. O chinês, por outro lado, sente-se completamente satisfeito com a sua comida.

Quando eu, Jean,³ morei com os índios na selva amazônica, sofri bastante nos dias em que a comida consistia de formigas com cassava (pão de mandioca), pois, embora as formigas sejam uma boa fonte de proteína e vitamina, sentia fome, mesmo após as refeições.

Segundo a cultura, não só o que comer é definido distintamente, mas também quando comer. A maioria dos brasileiros tem que comer a principal e mais farta refeição ao meio-dia para digerir bem e ficar bem alimentado para o trabalho da tarde. Comer muito à noite, sobretudo comidas pesadas, faz mal para o estômago. Por sua vez, o norte-americano não sente falta do feijão; em geral come pouco ao meio-dia e janta muito bem à noite, depois que sai do trabalho.

Tais considerações sobre o que comer e quando comer são relativas a atividades culturais que são compartilhadas e padronizadas pelos membros do grupo e, portanto, não são fundamentadas na biologia. A cultura de cada um dos grupos define o que e quando comer para considerar-se bem, e isso não depende da biologia. A biologia, nesse aspecto, só nos indica a necessidade de nutrição e certas limitações quanto a alimentos tóxicos.

Para o ser humano, a cultura desempenha um papel parecido com o papel dos instintos biológicos nos animais, ou seja, o papel de determinar como o grupo vai sobreviver. Cada grupo vive dentro de um ambiente, e a sua cultura determina como sobreviver nesse ambiente. O ambiente pode variar segundo a cultura, e assim é possível encontrar, dentro de um tipo ambiental, várias

³ Esther Jean Langdon realizou pesquisa de campo sobre xamanismo e cosmologia na Colômbia, entre 1970 e 1974. Com base nessa pesquisa, obteve o doutorado na Tulane University, nos Estados Unidos, em 1974. O enfoque da sua tese de doutorado foi a relação entre cosmologia, doença e práticas cotidianas entre os índios Siona da Colômbia.

soluções culturais para resolver uma questão. A tecnologia humana e os grupos que participam das tarefas são resultantes da cultura do grupo.

O ser humano nasce com a capacidade de participar de qualquer cultura, aprender qualquer idioma e desempenhar qualquer tarefa, mas é a cultura específica, na qual ele nasce e se desenvolve, que determina o idioma que fala, as atividades que faz segundo idade, sexo e posição social, e como pensa sobre o mundo em que vive. Chamamos a esse processo de desenvolvimento dentro de uma cultura de “enculturação” ou “socialização” e, nesse processo, a cultura determina tanto o que a pessoa deve fazer como o porquê de fazer. Este último aspecto, o porquê de fazer, é importante para entender a integração e a lógica de uma cultura.

A cultura, antes de tudo, oferece uma visão do mundo, isto é, uma explicação de como o mundo é organizado, de como atuar neste mundo construído pela cultura e quais são os valores sobre essas atividades. Assim, voltando ao nosso exemplo da comida, cada grupo com sua cultura, além de organizar um sistema daquilo que é comestível ou não e de como conseguir a comida dentro do ambiente e com as tecnologias disponíveis, também organiza os alimentos em classificações do tipo: o que é boa comida, comida fraca, comida leve etc., todas carregadas de valores.

Apesar de muitos profissionais de saúde reconhecerem que é necessário ter uma compreensão do conceito de cultura e de como ela afeta a percepção da doença e as decisões tomadas para retirar a doença, muitos têm uma visão de cultura como um obstáculo à percepção da racionalidade médica. Pensam que a cultura de um grupo ou de uma pessoa é algo dado, um estado estanque e fixo.

O conceito que estamos apresentando aqui difere muito dessa visão, visto que cultura refere-se a um aspecto abstrato e dinâmico dos grupos humanos, que resulta da capacidade de organizar seu mundo via símbolos e, assim, comunicar, simbolicamente, sobre esse mundo. No sentido dinâmico, cultura é definida por Clifford Geertz (1989) como um sistema de símbolos que fornece um modelo de e para a realidade.

Esse sistema simbólico é público e centrado no ator, que o usa para interpretar seu mundo e para agir, de forma que também o reproduz. As interações sociais são baseadas em uma realidade simbólica que é constituída de significados, e, por sua vez, constitui os significados, as instituições e as relações legitimados pela sociedade. A cultura é expressa na interação social, quando os atores comunicam e negociam os significados.

Aplicado ao domínio da medicina, o sistema de saúde é também um sistema cultural, um sistema de significados ancorado em arranjos particulares de instituições e padrões de interações interpessoais. É aquele que integra os componentes relacionados à saúde e fornece ao indivíduo as pistas para a interpretação de sua doença e das ações possíveis.

Essa visão da ação simbólica enfatiza certos aspectos que são, frequentemente, ignorados na dinâmica da cultura. Um aspecto importante para nós é que o próprio significado das coisas não é dado, mas depende do contexto e emerge da interação social. Por exemplo, o significado de uma doença é definido pela interação das pessoas que estão comunicando sobre o assunto.

Em uma pesquisa realizada entre as mulheres de uma comunidade no Sul do Brasil, a médica-antrópologa Maria Lúcia da Silveira (2000) descobriu que os médicos e as mulheres têm percepções muito diferentes sobre uma aflição corporal e psíquica, conhecida localmente como “nervos”. Os médicos não conseguem identificar um diagnóstico com correspondência nos manuais de medicina, enquanto, entre os membros da comunidade, essa aflição é comum e muito conhecida. De fato, “nervos” é uma doença bastante conhecida entre muitas comunidades por todo o nosso país. No caso dessa pesquisa, a médica-antrópologa observou que os médicos, nas unidades de saúde, tenderam a descartar a importância dessa doença na vida das mulheres e, frente à impotência deles para resolvê-la, a rotularam como doença “psi”,⁴ receitando medicamentos controlados. Esses medicamentos, conhecidos pelas mulheres como de “receita azul”, foram valorizados por elas pelos seus efeitos calmantes, apesar de a aflição continuar existindo em suas vidas. Um resultado de sua valorização, baseado na experiência de tomar o medicamento, expressa-se na troca dessa receita entre elas para facilitar o acesso a outras mulheres.

Portanto, a cultura não é uma coisa dada. Não é mais possível afirmar que a cultura impede o outro de entender a nossa medicina ou é um obstáculo a ser superado por meio de programas de educação em saúde. Cultura é um sistema de símbolos fluidos e, podemos dizer, abertos à reinterpretação, ou seja, há a possibilidade de as pessoas criarem novos significados.

Sem descartar a ideia de que a cultura, como sistema simbólico, é compartilhada pelos membros de um grupo, sua análise passa para um enfoque na praxis: a relação entre a procura do significado dos eventos e a ação. Essa abordagem enfatiza os aspectos dinâmicos e emergentes. A cultura emerge da interação dos atores que estão agindo juntos para entender os eventos e procurar soluções. O significado dos eventos, seja a doença ou outros problemas, emerge das ações concretas tomadas pelos participantes. Essa visão reconhece que inovação e criatividade também fazem parte da produção cultural.

⁴ O rótulo “psi”, utilizado pelos médicos, designava, genericamente, a doença “nervos” como um problema psicológico, que podia ser tratado com psicofármacos.

Falando em gestão

Entender que cultura é uma construção nos coloca dois desafios: o primeiro é o reconhecimento de que um gestor/gerente/condutor deve promover a interação entre os atores, exercitando o respeito às diferenças e às visões de mundo, isto é, atuar no sentido de promover consensos e fortalecer vínculos.

Num mundo em constante transformação, os vínculos por identidade de objetivos tendem a ser mais duradouros. Ou seja, alternativas de intervenção sobre a realidade concreta devem ser construídas a partir do debate entre diferentes opiniões e possibilidades.

O outro desafio para a gestão é favorecer um contexto criativo e capaz de produzir novos valores organizacionais, considerando que a cultura emerge da interação dos atores que agem para entender os eventos e procurar soluções para os problemas. Por exemplo, diz-se, de forma recorrente, algumas vezes com razão e em outras nem tanto, que os serviços públicos não têm uma cultura de avaliação, e, por essa razão, ninguém cobra nada de ninguém, e todo mundo faz o que quer.

Esse diagnóstico, ainda que possa ter, algumas vezes, propósito ideológico de desqualificar a administração pública, coloca uma responsabilidade para os gestores, no sentido de criar uma “cultura” de avaliação, de cobrança sobre resultados, de compromisso com a população, enfim, de construir novos valores que orientem e qualifiquem cada vez mais e melhor os serviços públicos.

No dia a dia do trabalho de Assistência Farmacêutica, o que tem sido feito para mudar a forma como a população vê o serviço público? Há preocupação com o fato de muitas pessoas não valorizarem os serviços públicos e considerarem que o SUS é utilizado apenas por um público de baixa renda e, por isso, não haveria necessidade de um atendimento de excelência? Quantas vezes há surpresa quando o atendimento nas unidades do SUS é elogiado? Esses significados precisam ser alterados e, para isso, é necessária uma transformação da realidade.

A melhoria dos serviços farmacêuticos, a mudança da lógica de condução/gerência nos serviços de saúde, incluindo os diferentes atores no processo de decisão e ação, contribuem para produzir outros valores sobre os serviços de saúde.

Também central nesse conceito de cultura é o enfoque do indivíduo como um ser consciente, que percebe e age. A doença é vista, a partir dessa perspectiva,

como uma construção sociocultural e subjetiva. Reconhecer essa subjetividade implica, ainda que nos grupos mais isolados e distantes de outras culturas, que nem todos os indivíduos de uma cultura são iguais no seu pensamento ou na sua ação. É uma visão que permite heterogeneidade, não só porque as culturas sempre estão em contato com outras, que têm outros conhecimentos, mas também porque os indivíduos, dentro de uma cultura, por serem atores conscientes e individuais, têm percepções heterogêneas devido à subjetividade e às experiências próprias, que nunca são iguais as dos outros. Como observaremos, essa ideia da cultura, que ressalta a relação entre percepção-ação, heterogeneidade e subjetividade, possui várias implicações na nova visão sobre saúde-doença.

A doença como processo e como experiência

Segundo a visão de cultura como um sistema simbólico, a doença é conceituada como um processo e não como um momento único, nem como uma categoria fixa. É uma sequência de eventos motivada por dois objetivos: entender o sofrimento, no sentido de organizar a experiência vivida; e, se possível, aliviar o sofrimento.

A interpretação do significado da doença emerge do processo dela. Assim, para entender a percepção e o significado, é necessário acompanhar todo o episódio da doença: o seu itinerário terapêutico e os discursos dos participantes envolvidos em cada passo da sequência de eventos. O significado emerge deste processo entre percepção e ação.

O estudo de itinerários terapêuticos é útil para compreender vários aspectos do comportamento de um grupo ou de uma pessoa frente à experiência da doença. Ele aponta para um fato pouco considerado pelos profissionais de saúde, qual seja, o de que, fora do âmbito hospitalar, onde o usuário é sujeito a maior controle, o doente e familiares são os atores principais nas práticas de atenção à saúde. Ainda mais, todos os grupos humanos desenvolvem práticas para manter a saúde do grupo, visando a preservação tanto quanto a resolução dos agravos que o atacam.

Um episódio de doença apresenta um drama social que se expressa e se resolve com a aplicação de estratégias pragmáticas de decisão e ação. O uso de medicamentos é uma estratégia importante, mas é determinado pela experiência do usuário e pela própria percepção dos efeitos e benefícios.

Em termos gerais, os seguintes passos caracterizam a doença como processo (LANGDON, 2003):

- a) o reconhecimento dos sintomas do distúrbio como doença;
- b) o diagnóstico e a escolha de tratamento;
- c) a avaliação do tratamento.

Acompanhemos cada um deles:

- **Reconhecimento dos sintomas:** os eventos começam com o reconhecimento do estado de doença baseado nos sinais que indicam que o todo não vai bem. Segundo Jaqueline Ferreira (1994), médica-antropóloga, a definição dos sinais que são reconhecidos como indicadores de doença depende da cultura. Esses não são universais, como pensados no modelo biomédico. Cada cultura reconhece sinais diferentes que indicam a presença de doença, o diagnóstico, as possíveis causas e o prognóstico. Diferente da biomedicina, os sinais da doença não estão restritos ao corpo ou aos sintomas corporais. O contexto, seja das relações sociais, seja do ambiente natural, faz parte também de possíveis fontes de sinais a serem considerados na tentativa de identificar a doença, suas causas e seu significado. A procura de sinais fora do corpo é particularmente comum nas doenças sérias, nas quais o doente quer entender o porquê de estar sofrendo.
- **Diagnóstico e escolha de tratamento:** uma vez que um estado de mal-estar é reconhecido como doença, o processo diagnóstico se institui para que as pessoas envolvidas possam decidir o que fazer. Esse momento inicial, normalmente, acontece dentro do contexto familiar, onde os membros da família negociam entre eles para chegar a um diagnóstico que indicará qual tratamento deve ser escolhido. Se não chegam a um diagnóstico claro, pelo menos procuram um acordo, por meio da leitura dos sinais da doença, de qual tratamento deve ser escolhido. No caso de se tratar de uma doença leve e conhecida, a cura pode ser um chá ou uma visita à unidade de saúde. No caso de uma doença séria, com sintomas anômalos ou interpretada como resultante de um conflito nas relações sociais ou espirituais (por exemplo, quebra de tabu), talvez a benzedeira, o pai de santo, o xamã ou outro especialista em acertar relações sociais será escolhido primeiro.
- **Avaliação do tratamento:** uma vez feito o tratamento, as pessoas envolvidas avaliam os seus resultados. Em casos simples, a doença desaparece depois do tratamento e todos ficam satisfeitos, mas, frequentemente, a doença continua. Assim, é preciso rediagnosticar a doença, baseado na identificação de novos sinais ou na reinterpretção dos sinais reconhecidos anteriormente. Com o novo diagnóstico, outro tratamento é selecionado, realizado e avaliado. Essas etapas se repetem até que a doença seja considerada terminada. Casos graves ou prolongados envolvem vários eventos de diagnóstico, tratamento e subsequentes avaliações. Muitas vezes a doença se torna uma crise que ameaça a vida e desafia o significado da existência. Muitas pessoas e muitos grupos são mobilizados no processo terapêutico e os

significados da doença no contexto mais abrangente (relações sociais, ambientais e espirituais) são explorados. Por meio dos episódios da doença, envolvendo diagnósticos, tratamentos e avaliações sucessivas, as pessoas procuram os sinais extracorporais, tais como nas relações sociais ou nos movimentos cosmológicos, por exemplo, para compreender a experiência do sofrimento.

O processo terapêutico não é caracterizado por um simples consenso, sendo mais bem entendido como uma sequência de decisões e negociações entre várias pessoas e grupos de pessoas, com interpretações divergentes a respeito da identificação da doença e da escolha da terapia adequada. As divergências podem ocorrer porque os sinais de uma doença são ambíguos por natureza, levando a diferentes interpretações sobre suas manifestações. Na teoria, a classificação das doenças, segundo seus sintomas, pode ser bem organizada em categorias discriminadas, sem aparência de ambiguidade. Na prática, porém, um sinal de doença não é, necessariamente, claro e fácil de interpretar, devido à manifestação ambígua dele. Diferentes diagnósticos de uma mesma doença aumentam, consideravelmente, quando os participantes no processo representam diferentes conhecimentos, experiências e interesses sobre o caso em pauta.

Entre os membros de um grupo, nem todos possuem o mesmo conhecimento, devido a vários fatores: idade, sexo, papel social (por exemplo, a pessoa comum ou um especialista em cura), redes sociais e alianças com outros. Por isso, cada passo do episódio é caracterizado por visões diferentes dos participantes e por negociações para chegar a uma interpretação que indique o tratamento necessário, cada um exercendo seus diferentes conhecimentos, experiências e poderes.

A doença como experiência é melhor entendida como um processo subjetivo, construído através de contextos socioculturais e vivenciado pelos atores. A doença não é mais um conjunto de sintomas físicos universais, observados numa realidade empírica, mas é um processo subjetivo, no qual a experiência corporal é mediada pela cultura.

Podemos citar a experiência da dor como um exemplo simples dessa ideia. Sabemos que membros de culturas diferentes experimentam e expressam as dores diferentemente, como mostrou Maria Lucia da Silveira (2000), na pesquisa que realizou entre as mulheres, em relação aos nervos. Enquanto os médicos rotularam a doença como uma manifestação psíquica inespecífica, elas expressaram a aflição por meio de sintomas corporais.

Em uma mesma sociedade, a dor é experimentada de maneira diferenciada, dependendo de fatores como sexo, classe social e etnicidade. Há muitas pesquisas no Brasil que demonstram essas diferenças. Como exemplo,

temos uma pesquisa pioneira, realizada entre os descendentes dos açorianos, na Ilha de Santa Catarina, pela enfermeira Ingrid Elsen (1984), que registrou que os homens entrevistados não sentem dores e sintomas de doença na mesma frequência que as mulheres.

A experiência do parto é outro exemplo. Enquanto mulheres de certos grupos enfrentam o parto com grande medo da dor e expressam a experiência por meio dela, mulheres de outros lugares ou classes passam pela experiência com pouca referência à dor. Entre as mulheres indígenas Siona da Colômbia, apesar de a gravidez e o período de pós-parto serem permeados por vários tabus quanto à alimentação e outras restrições, o parto em si recebe pouca atenção. Não existe o papel de parteira, nem de uma pessoa reconhecida com um saber especial. Na primeira gravidez, a moça vai à roça para dar à luz acompanhada pela mãe ou outra mulher com experiência. Em partos subsequentes, ela simplesmente vai sozinha, dá à luz e volta para casa.

Na nossa sociedade, a gravidez é mais medicalizada, particularmente se examinamos as estatísticas sobre o número crescente de cesarianas, embora esta seja uma tendência mais recente. Por volta da década de 1970, o conceito de “parto natural” implicava um parto sem nenhuma intervenção para aliviar a dor. Hoje, no Brasil, com as taxas altas de cesarianas, “parto natural” é entendido entre as mulheres como um “parto vaginal”, sem cirurgia (mas, ainda assim, com assistência médica).

Não estamos dizendo simplesmente que a dor se manifesta diferentemente, dependendo da cultura ou do grupo, um fato que parece ser bem estabelecido. A relação corpo-cultura vai bem além da questão de sofrimento físico. O que o corpo sente não é separado do significado da sensação, isto é, a experiência corporal só pode ser entendida como uma realidade subjetiva na qual o corpo, sua percepção e os significados se unem numa experiência particular, que vai além dos limites do corpo em si.

Voltando ao tema da gravidez, Heloísa Paim (1998), pesquisadora do Núcleo de Pesquisa em Antropologia do Corpo e da Saúde, pesquisou um grupo de mulheres de baixa renda, em Porto Alegre, Rio Grande do Sul. Como outros estudiosos sobre o tema, ela argumenta que a gravidez e a maternidade não se esgotam apenas como fatores biológicos, mas remetem ao universo simbólico em que a mulher vive. Nesse sentido, a experiência do corpo grávido abrange dimensões que são construídas cultural, social, histórica e afetivamente. A percepção e a valorização do corpo grávido são baseadas na experiência social, no papel feminino ideal dentro do grupo. Assim, diferente de muitas mulheres de classe média, as mulheres participantes da pesquisa descrevem a experiência em função de suas grandes responsabilidades junto à família. Para elas, os incômodos durante a gravidez, as dores intensas do parto e as marcas corporais são descritos com orgulho, em função da imagem da mulher valente, e não da mulher frágil.

Ultimamente há uma tendência, não só na Antropologia, mas também nas ciências da saúde, de reconhecer que a divisão cartesiana entre o corpo e a mente não é um modelo satisfatório para entender os processos psicofisiológicos da saúde e da doença. As representações simbólicas não só expressam o mundo, mas, por intermédio da experiência vivida, também são incorporadas ou internalizadas até o ponto que influenciam os processos corporais. Já existem casos registrados, nos quais o contexto sociocultural é o fator central no desencadeamento do processo da doença, como demonstraram a médica-antropóloga Maria Lúcia da Silveira (2000) e a pesquisadora Heloisa Paim (1998).

Práticas de autoatenção

Eduardo Menéndez (2003, 2009), antropólogo com vasta experiência em serviços primários, saúde comunitária e projetos de intervenção em saúde, resume bem a questão da cultura e da centralidade da família no processo terapêutico, por meio de seu conceito de autoatenção.

O autor diz que, nas sociedades latino-americanas atuais, coexistem diferentes formas de atenção às enfermidades, como a biomedicina, as medicinas populares ou tradicionais, as alternativas, as baseadas em outras tradições médicas acadêmicas (acupuntura, medicina ayurvédica etc.) e em autoajuda (alcoólicos anônimos etc.). Para esse autor, nos processos de adoecimento, os sujeitos e grupos sociais buscam saídas, cuja praxis está orientada no restabelecimento da saúde, sem excluir ou privilegiar uma forma de atenção, ou seja, são os sujeitos e grupos sociais que geram a maioria das articulações entre as diversas formas de atenção, sendo que as possíveis incompatibilizações e diferenças são superadas pela busca de uma solução pragmática ao problema.

Para Menéndez (2003), os sujeitos e grupos sociais são agentes que, além de utilizarem as diferentes formas de atenção, também as “sintetizam, articulam, misturam ou justapõem”, reconstituindo e organizando

[...] uma parte destas formas de atenção em atividades de ‘autoatenção’, sendo que a autoatenção constitui não só a forma de atenção mais frequente, mas o principal núcleo de articulação prática das diferentes formas de atenção, a maioria das quais não pode funcionar completamente se não se articula com o processo de autoatenção. (MENÉNDEZ, 2003, p. 190-191).

Para esse antropólogo, portanto, a primeira forma de atenção é a autoatenção, centrada nos sujeitos e na coletividade. Nessa perspectiva, a autoatenção é conceituada como:

As representações e práticas que a população utiliza em nível de sujeito e grupo social para diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, suportar, curar, solucionar ou prevenir os processos que afetam sua saúde em termos reais ou imaginários, sem a intervenção central, direta e intencional de curadores profissionais, ainda que estes sejam a referência da atividade de autoatenção, de tal maneira que a autoatenção implica decidir a autoprescrição e o uso de um tratamento de forma autônoma ou relativamente autônoma. (MENÉNDEZ, 2003, p. 198).

Nossa experiência com profissionais de saúde indica que muitos confundem esse conceito com o de autocuidado, termo que, segundo Menéndez (2003, 2009), é utilizado pelo setor saúde para entender as ações efetuadas pelos indivíduos com o objetivo de prevenir o desenvolvimento de certas doenças e promover cuidados em favor da boa saúde, ou seja, esse é um conceito com foco no indivíduo.

Menéndez (2003, 2009) escolheu autoatenção precisamente para contrastar com a perspectiva individualista e para enfatizar a natureza social e cultural das atividades dos sujeitos e não a visão dos profissionais. Como pode ser visto, pela expressão “em nível de sujeito e grupo social” no conceito de autoatenção, ele salienta as ações coletivas dos conjuntos sociais.

Assim como os pioneiros que fundaram o campo da Antropologia da Saúde, ele reconhece que todas as culturas desenvolvem seus valores, saberes e práticas sobre a saúde, que são compartilhados pelos membros do grupo. No cotidiano, várias atividades são práticas, segundo os preceitos de como é viver bem e do que é uma vida saudável para o conjunto social e para o indivíduo. E mais, a saúde, no sentido lato ou amplo, não pode ser separada da vivência em grupo.

Menéndez (2003, 2009) ainda destaca que a autoatenção pode ser pensada em um sentido amplo (*lato*) e em um sentido restrito. O primeiro refere todas as atividades que asseguram a reprodução biossocial dos sujeitos e grupos sociais, como alimentação, regras de limpeza, formas de obtenção e uso da água, regras de parentesco, rituais de passagem (nascimento, casamento, morte), proibições e tabus, festas etc., não havendo intencionalidade para o processo saúde-doença-atenção (s-d-a). Trata, portanto, da continuidade do grupo e da vivência coletiva, aspectos não reconhecidos pelo modelo de atenção biomédica.

O sentido restrito é caracterizado pela intencionalidade dos sujeitos e grupos no processo s-d-a, isto é, diz respeito a todas as práticas e representações, acionadas quando se deseja restabelecer a saúde. Assim, os diagnósticos feitos pela família, as recomendações dos vizinhos, a atenção dada ao doente, os curadores e os saberes fitoterapêuticos e outras atividades e pessoas, acionadas para resolver um estado percebido como doença, são mais fáceis de serem reconhecidos como práticas de autoatenção.

O importante nas reflexões de Menéndez (2003, 2009) é a dinâmica observada nas práticas de autoatenção. Como foi apontado anteriormente, qualquer grupo tem à sua mão vários modelos de atenção. No caso dos indígenas, por exemplo, eles procuram seus parentes com conhecimentos, seus curadores e pajés, as farmácias da cidade e a unidade de saúde. Em um contexto urbano contemporâneo, as opções se multiplicam.

A sociedade brasileira tem um amplo elenco de escolhas, que pode ser buscado em sequência ou simultaneamente. Não é possível caracterizar um grupo social como sendo aquele que opta por formas não biomédicas mais que outras. Se as comunidades populares procuram mais a benzedeira, o curador ou outras práticas conhecidas como tradicionais; na mesma medida, a classe média também procura alternativas, nem sempre reconhecidas pela ciência médica, tais como: os florais de Bach, naturologia e rituais que fazem parte dos novos grupos espirituais da Nova Era.⁵

Nossa intenção é discutir os processos da doença na perspectiva do sujeito e grupo social e não do profissional de saúde. Como argumentado anteriormente, todos os atores, em um episódio de doença, têm percepções sobre o corpo e os tratamentos adequados. Frequentemente, em um encontro entre o profissional e o usuário, essas percepções são bastante diversas, devido às suas experiências, aos seus conhecimentos e às influências culturais. Podemos dizer que os profissionais, por um lado, compartilham a cultura da biomedicina, com seus valores e conhecimentos. Por outro lado, os usuários são parte de outras coletividades ou grupos sociais, que também têm seus conhecimentos e valores. Em relação ao tema da saúde, chamamos a essas práticas das coletividades e dos grupos sociais de autoatenção.

Assim, introduzimos o conceito de autoatenção na tentativa de demonstrar que o doente e seus familiares tomam decisões sobre quais ações devem ser desenvolvidas/executadas quando surge uma doença e que, de fato, o profissional de saúde tem pouco controle sobre a tomada de decisões e a procura de terapias.

Alguns pontos essenciais

Neste capítulo buscamos entender a cultura como um conceito que remete à dimensão dinâmica da ação humana e nos ajuda a compreender as

⁵ Para Elisete Schwade (2006, p. 9), a Nova Era é um fenômeno, um conjunto de práticas que tem levado a mudanças de comportamento, especialmente entre camadas médias urbanas. Para a autora, a presença da Nova Era nas cidades é observada “por meio da implementação progressiva de uma rede de produtos e serviços, fundamentada na perspectiva de uma reorientação de diversos aspectos da vida cotidiana, com a finalidade de orientar e promover o ‘bem-estar’”. Entre tais serviços e produtos, são exemplos a valorização de alimentação específica (naturalista, vegetariana, macrobiótica), massagens, tarô, astrologia etc.

decisões tomadas por uma pessoa com relação às aflições físicas e psíquicas e ao uso de medicamentos. Essa ideia de que a cultura é dinâmica e não um acervo de “crenças” ou “representações” que determinam as decisões e ações parece simples. De fato, a maior parte dos profissionais de saúde entende a cultura nesse sentido mais estanque, ou seja, entendem a cultura como uma coleção de crenças, atitudes, valores e costumes fixos, que servem, mais que tudo, como um obstáculo do usuário para a compreensão das recomendações biomédicas. Essa ideia não pode estar mais longe da realidade. Pesquisas antropológicas, que acompanham os itinerários terapêuticos das pessoas doentes, têm demonstrado que o doente e os familiares decidem escolher um terapeuta em especial e seguir as instruções de uma maneira bastante criativa e experimental, que depende da construção sociocultural da doença, ao longo do processo.

Procuramos, ainda, neste capítulo, demonstrar que a Antropologia, atualmente, conceitua a saúde como o resultado da articulação entre o biológico, o cultural e a experiência subjetiva. A expectativa é que uma visão mais ampla dos processos saúde-doença possa estimular os profissionais de saúde a refletirem sobre as práticas do cotidiano e o conhecimento.

A noção de doença como experiência tem outra implicação para a prática clínica. É necessário enxergar os usuários como seres humanos que retêm informações importantes sobre suas aflições. Não estamos dizendo que o médico, o enfermeiro ou o farmacêutico devam se tornar antropólogos. Antropologia, antes de tudo, é um método para conhecer o outro e não um acúmulo de dados etnográficos⁶ exóticos. É necessário que o profissional ouça o usuário, permitindo que ele fale sobre a própria experiência, expressando, em palavras, o que está acontecendo e como ele está percebendo o próprio corpo e o significado da doença.

Falando em gestão

Ouvir é uma ação muito importante para a gestão. Uma das mais importantes ferramentas de gestão, a negociação, é pautada, sobretudo, no ato de ouvir. Pela audição podemos compreender o desejo do outro. Uma condução democrática requer o exercício da “escuta”. Mas o ato de ouvir, de escutar, não é simplesmente ficar em silêncio. A pessoa está calada, mas pode não estar ouvindo o que o outro diz. Escuta-se quando considera-se o que o interlocutor diz.

⁶ Etnografia trata da escrita do pesquisador sobre a cultura de um grupo. É baseada na experiência de vivência entre o grupo, seja este um grupo diferente e desconhecido ou um grupo urbano com quem ele tem bastante familiaridade. A palavra etnografia também é usada para referir ao método qualitativo na coleta de dados. Baseia-se no contato intersubjetivo entre o antropólogo e o sujeito da pesquisa, em que o antropólogo procura entender a visão de mundo que o grupo tem e a lógica de suas práticas.

Considerar significa respeitar, procurar entender a lógica e a racionalidade de quem fala, em síntese: os valores que orientam o pensamento dele. Infelizmente presenciemos muito mais o “silêncio” do que a “escuta” em nossas organizações, em nosso trabalho.

Existe uma fábula milenar intitulada Sons da Floresta, de autor desconhecido, cuja leitura permite uma reflexão sobre o ato de gerência, sobre os requisitos de um bom administrador. Leia e depois reflita sobre:

- O que significa para você “ouvir o inaudível”?
- No seu dia a dia de trabalho, você precisou decifrar outros sinais que não o da palavra dita?
- Será que tudo que os seus colegas dizem, o que você diz para o secretário de saúde sobre os problemas da Assistência Farmacêutica é “a” verdade? Ou é a maneira como você quer ver a situação?

Um gerente precisa exercitar muito todos os sentidos, entender todas as formas de expressão, ter uma sensibilidade aguçada para poder conhecer, de forma mais ampla possível, a realidade em que atua. Conhecer as pessoas com quem trabalha. E, para conhecer “gente”, é preciso ouvir o inaudível, isto é, observar outras formas de expressão. Às vezes, o corpo diz mais do que as palavras.

Enquanto o modelo biomédico localiza as doenças no corpo material e biológico, os modelos de atenção à saúde da população leiga refletem um contexto mais amplo para diagnosticá-las e tratá-las. Durante uma enfermidade, principalmente as graves ou que se mantêm por um período mais longo, vários atores entram em cena para opinar, recomendar e ajudar, construindo explicações que, nem sempre, concordam entre si. O doente e a família são os atores principais nos dramas de doença, e não são as crenças nem as representações que determinam as medidas a serem tomadas para resolver o caso. A cultura não opera como obstáculo, e o itinerário terapêutico é guiado por fatores de natureza social, econômica e de acessibilidade no processo saúde-doença-atenção. A cultura é importante para guiar a interpretação do processo e dar maior significado aos sintomas e aos resultados.

Concebe-se o encontro entre o profissional de saúde e o doente como um evento, relacionado às diferenças de poder. Em geral, o profissional presume que ele tem o papel de modificar o comportamento do doente. De fato, ele, normalmente, tem mais poder no encontro médico, e, frequentemente, exhibe atitudes avaliativas que rotulam o usuário como errado por não seguir suas instruções como deveria. Pode-se pensar algumas dessas avaliações como

etnocêntricas – tais como, dizendo que o usuário não tem educação, é relaxado, ou que, em alguns casos, é ignorante, age segundo crenças erradas e que não tem a cultura adequada para entender as instruções.

O etnocentrismo é a atitude pela qual um indivíduo ou um grupo social considera sua cultura como sistema de referência, julga outros indivíduos ou grupos à luz dos seus próprios valores. O etnocentrismo pressupõe que o indivíduo ou grupo de referência se considera superior àqueles que ele julga, e também que o indivíduo ou grupo etnocêntrico tenha um conhecimento muito limitado dos outros, mesmo que viva na sua proximidade. A atitude etnocêntrica é aquela que, normalmente, temos quando pensamos nos costumes dos outros, mas não entendemos o porquê deles. Quando julgamos costumes alimentares (como comer insetos ou comer sem o auxílio de talheres), modos de se vestir (como cobrir completamente a cabeça) e práticas de cuidado com o corpo (como não tomar banho todos os dias), classificando-os como errôneos, estamos sendo etnocêntricos. A perspectiva cultural requer que a pessoa tente abandonar esses julgamentos etnocêntricos e venha a olhar a cultura segundo os próprios valores e costumes, reconhecendo que são integrados em um sistema cultural, em uma visão do mundo. Esse relativismo cultural nos permite entender o porquê das atividades e dos saberes, segundo a lógica e integração da cada cultura em si mesma. Quando relativizamos, estamos afirmando que todos os sistemas culturais são, intrinsecamente, iguais em valor e que os aspectos característicos de cada um têm que ser avaliados e explicados dentro do contexto do sistema em que aparecem.

Como aponta Eduardo Menéndez (2003, 2009), as pessoas são autônomas nas decisões sobre a própria saúde. Elas não negam os benefícios e as recomendações dos profissionais, mas avaliam e adaptam as recomendações médicas à luz de conhecimentos próprios e práticas de autoatenção. Tal comportamento é baseado na experiência própria e na lógica sociocultural, a que faz parte do grupo a que pertence, mas é ignorado pelo profissional de saúde.

4.2 O uso de medicamentos sob o foco da Antropologia

Este tópico tem como objetivo de aprendizagem fazer refletir sobre conceitos que envolvem medicamentos, à luz da noção de cultura, de doença e das práticas de autoatenção, sob uma abordagem da Antropologia.

A visão biomédica é a preponderante quando tratamos do tema “medicamento” e está baseada nas patologias, na eficácia instrumental e na explicação biológica da ação dos medicamentos.

A perspectiva biomédica é a que aprendemos durante nossa formação e, embora ela nos dê suporte para as ações e os serviços de saúde que envolvem os medicamentos, seus conhecimentos, muitas vezes, não são suficientes quando

desejamos que nossas intervenções promovam a adesão e o uso racional, por exemplo. Além do mais, para que a integralidade da atenção à saúde se concretize, é fundamental que nossas competências e habilidades sejam, também, mediadas por saberes de outros campos científicos, vistos como muito importantes para ampliar nossa compreensão sobre os medicamentos e usos deles.

Entre outras abordagens, a da Antropologia é uma das que se destaca a partir dos anos 1980, por meio de estudos e pesquisas sobre medicamentos, realizados, principalmente, em países não desenvolvidos e emergentes, com foco em populações indígenas ou que vivem em zonas rurais. Na década de 1990, se observa uma tendência ao desenvolvimento de estudos também entre populações urbanas, cruzando temas como: uso de medicamentos e gênero, descrito no livro de Susan Whyte e colaboradores, publicado em 2002; e globalização e medicamentos (os vários artigos no livro de Adriana Petryna e colaboradores, de 2006), entre outros.

No Brasil, ainda são raras as pesquisas antropológicas sobre medicamentos, podendo ser citados os trabalhos de Marcos Queiroz (1993, 1994), de Brani Rozemberg (1994), de Maria Lúcia Silveira (2000), de Rogério Azize (2002, 2010) e de Eliana Diehl e colaboradores (2010), realizados entre grupos não indígenas. Entre povos indígenas brasileiros, Marlene Novaes (1996, 1998), Marcos Pellegrini (1998), Eliana Diehl (2001), Eliana Diehl e Francielly Grassi (2010) e Eliana Diehl e Ledson K. de Almeida (2012) focalizam, especificamente, os medicamentos em uma perspectiva antropológica.

Portanto, esse símbolo da moderna medicina torna-se um dos focos centrais em pesquisas antropológicas, o qual, para Sjaak van der Geest e Susan Whyte (1988), compõe uma nova linha denominada “antropologia farmacêutica” ou, ainda, “antropologia da prática farmacêutica”, como dizem Mark Nichter e Nancy Vuckovic (1994a). Para pesquisadores como Sjaak van der Geest, Anita Hardon, Susan Whyte e Nina Etkin, entre outros, não basta rotular os medicamentos como substâncias com propriedades bioquímicas e farmacológicas; é preciso observar as situações dinâmicas nas quais esses medicamentos são percebidos e utilizados.

Conforme Eliana Diehl e Norberto Rech (2004), esses estudos lançam uma nova luz sobre os medicamentos, visto que as abordagens macropolíticas e macroeconômicas, comumente empregadas nas pesquisas, embora tragam dados sobre gastos, consumo, acesso e políticas de medicamentos,

[...] não têm sido suficientes para explicar por que, por exemplo, o consumo de medicamentos é prática relevante, mesmo onde os serviços de saúde são deficientes; os medicamentos de venda sob prescrição são disponíveis livremente; e a automedicação é importante recurso de cuidado. (DIEHL; RECH, 2004, p. 155).

Documentos que vêm sendo produzidos pela Organização Mundial da Saúde, como *The World Medicines Situation Report*, já na terceira edição, de 2011, podem ser citados como exemplo de análises macropolíticas e macroeconômicas.

Por sua vez, a antropologia farmacêutica enfatiza que as pesquisas devem ser conduzidas em contextos locais de distribuição e uso dos medicamentos, segundo Sjaak Van der Geest (1987), sendo útil na medida em que, nos processos de saúde-doença-atenção, os sujeitos e grupos sociais, muitas vezes, elaboram explicações baseadas no tipo, na quantidade e no “poder” dos medicamentos e/ou remédios utilizados, como enfatizaram Mark Nichter e Nancy Vuckovic (1994b).

Adesão

Revisando, na literatura, conceitos e pressupostos adotados sobre adesão à terapêutica medicamentosa, Silvana Nair Leite e Maria da Penha Vasconcellos (2003) apontam que não há consenso entre os autores, variando os conceitos e o foco para compreender o fenômeno, que pode estar no paciente ou em fatores externos a ele. Em 2005, Rob Horne e colaboradores publicaram um documento para o Serviço Nacional de Saúde (*National Health Service/NHS*) do Reino Unido, explorando vários temas relacionados a *concordance*, *adherence* e *compliance* ao uso de medicamentos, partindo da premissa que a *nonadherence* a medicamentos prescritos apropriadamente é um problema global de saúde, muito relevante para o NHS. Os autores partem do pressuposto que há diferenças importantes entre as definições dos três termos:

- *compliance* é quando o comportamento do paciente corresponde às recomendações médicas;
- *adherence* enfatiza que o paciente é livre para decidir se segue ou não as recomendações médicas; e
- *concordance*, termo relativamente novo na literatura, é uma combinação obtida após negociação entre o paciente e o profissional de saúde, respeitando as crenças e os desejos do primeiro em decidir se, quando e como os medicamentos serão tomados.

O uso de um ou outro termo, segundo Horne e colaboradores (2005, p. 33), denota diferentes relações, sendo que *compliance* indica que o prescritor decide o tratamento e as instruções apropriadas, e o paciente obedece, se submete passivamente; a *noncompliance* “pode ser interpretada como incompetência do paciente em seguir as instruções, ou pior, como comportamento desviante”. Já, *adherence* envolve a autonomia do paciente e a *nonadherence* não é motivo para culpabilizá-lo. *Concordance* é “uma aliança na qual o profissional de saúde reconhece a primazia da decisão do paciente sobre tomar a medicação recomendada”. Os autores optam pelo termo *adherence*, pois é “adequado e

benéfico caso envolva um processo que permite aos pacientes decidirem e uma apropriada escolha de medicamento feita pelo prescritor” (HORNE et al., 2005, p. 13), isto é, os medicamentos são indicados corretamente e o paciente adere de forma consciente.

A adesão aos medicamentos, normalmente, é tratada na perspectiva biomédica, sendo que a não adesão é considerada um problema. Muitos estudos vêm sendo desenvolvidos sob esse olhar, desde os anos 1960, e a medida da adesão tem especial interesse, pois indicaria o quanto o usuário do medicamento segue a prescrição médica. Não há um padrão-ouro para medir adesão, dividindo-se as medidas em diretas e indiretas.

As diretas envolvem a detecção de metabólitos no sangue e/ou na urina, porém são métodos caros e difíceis de serem realizados, pois, normalmente, são feitos em ambiente hospitalar.

As medidas indiretas correspondem à aplicação de questionários com os usuários, à contagem dos medicamentos que restam nas cartelas, aos dados de prescrição, entre outros métodos.

Explorando um pouco esses métodos quantitativos de medida da adesão aos medicamentos, Silvana Nair Leite e Maria da Penha Vasconcellos (2003, p. 780) criticam o seu caráter invasivo, que desconsidera o “direito do paciente de decidir sobre o seu corpo”, dizendo, além disso, que os questionários ou mesmo a contagem de medicamentos são métodos superficiais, pois têm potencial de constranger e pressionar o paciente e de induzi-lo a responder o que seria correto do ponto de vista de quem aplica o método.

Estudar adesão sob o ponto de vista dos sujeitos, por outro lado, demonstra que eles podem ter boas razões para usar os medicamentos de maneira diversa daquela recomendada pelo prescritor. Peter Conrad (1985), no estudo de três anos, com homens e mulheres⁷ de 14 a 54 anos, portadores de epilepsia, concluiu que, do ponto de vista dos epiléticos, a manipulação do tratamento medicamentoso era mais autorregulação do que adesão/submissão (*compliance*) ao tratamento.

A autorregulação é mais do que uma reação aos efeitos adversos: é uma tentativa intencional e ativa dos sujeitos no uso de medicamentos. O estudo apontou que, dos 80 entrevistados, 42% se autorregulavam, tendo como critérios: reduzir ou aumentar a dose diária por semanas ou mais; pular ou tomar doses extras, regularmente, em situações específicas (quando bebe ou fica acordado, sob estresse); parar completamente os medicamentos por três dias consecutivos ou mais. A razão para tomar medicamentos era instrumental, pois controlava convulsões ou reduzia a probabilidade de má função do corpo; era

⁷ A amostra era composta por uma maioria vivendo em área metropolitana do meio-oeste dos Estados Unidos, e um pequeno número oriundo de uma grande cidade da costa leste; boa parte de classe média baixa em termos de educação e salário.

psicológica, reduzindo preocupações com as convulsões, independentemente do número destas; era para assegurar normalidade, ou seja, levar uma vida normal, acreditando que, ao tomar medicamentos, se evitaria o risco de ter convulsões na frente dos outros (CONRAD, 1985).

A pesquisa de Conrad (1985) destaca que entender o manejo como autorregulação e não como problema de adesão (*compliance*) permite observar a prática de modificar o uso de medicamentos como sendo uma questão de controle (e autocontrole) sobre a doença.

Em um estudo realizado, no Brasil, por Fátima Cecchetto, Danielle de Moraes e Patrícia de Farias (2011), abordando o uso estético de esteroides anabolizantes androgênicos por homens jovens da cidade do Rio de Janeiro, frequentadores de academias de lutas, foi observado que esses homens controlam o risco envolvido no uso dos anabolizantes, ajustando-o por “ciclos”, que iniciam com pequenas doses que são aumentadas, gradualmente, por 15 a 21 dias e depois diminuídas. Para os usuários, esse é

[...] um modo seguro de obter os efeitos desejados a curto prazo. Tal procedimento possibilitaria gerenciar os riscos, minimizando os efeitos nocivos do uso prolongado das ‘bombas’, numa configuração de poder sobre o corpo, considerado sinal de distinção masculina nesse circuito [academias de luta]. (CECCHETTO et al., 2011, p. 11).

Como salientam as autoras, sob o ponto de vista médico, essa conduta é considerada arriscada.

Em uma etnografia realizada em uma vila de classe popular, na periferia de Porto Alegre (RS), a médica-antrópologa Jaqueline Ferreira (1998, p. 55) observou que “o manejo das medicações obedece a uma lógica particular, a qual não segue os referenciais da biomedicina”, salientando que, para esses sujeitos, era importante a quantidade de frascos ingeridos e não o número de dias de tratamento, isto é, “um tratamento é dado por completo quando foi tomado o ‘vidro inteiro’, independente do número de dias estabelecidos pelo médico”. Outro fator, que afetava o cumprimento conforme as ordens médicas, era a falta de relógio nas casas, dificultando o controle do horário de tomada dos medicamentos.

Quando eu, Eliana, fiz pesquisa entre os Kaingáng de uma Terra Indígena, em Santa Catarina, pude descrever algumas situações, nas quais os indígenas relatavam manipular os tratamentos medicamentosos, interpretando essa manipulação como oriunda de noções nativas sobre força e fraqueza.

Os medicamentos eram considerados, de maneira geral, mais fortes do que os remédios do mato (em geral preparados com plantas) e, por isso, a sua utilização precisava ser modificada, diminuindo, por exemplo, o número de gotas ou de frascos a serem tomados. Medicamentos que eram prescritos para serem usados mais de três vezes ao dia, dificilmente eram administrados à risca, adotando-se um regime mais conveniente às necessidades e atividades cotidianas (por exemplo, compatível com idas à roça). Os tratamentos com injeção também demonstraram o quanto experiências prévias definem os modos de adesão. Segundo um Kaingáng, já idoso, “nós já estamos tudo queimado de injeção. Dizem que com um certo tempo faz mal, estraga o sangue” (DIEHL, 2001, p. 143); por isso, justificou ele, preferia usar o remédio do mato. Para outro, as injeções deixam a pessoa fraca. Uma mulher considerou a injeção mais forte que o comprimido e relacionou o aparecimento de desmaios, no filho de três anos, com uma sequência de injeções aplicadas no posto de saúde da aldeia – o menino passou, então, a ser tratado com o anticonvulsivante Tegretol®, receitado por um neurologista. Outra Kaingáng, ao relatar doença que um dos filhos teve aos cinco anos, culpou a injeção, que havia deixado o filho paralítico. Já, outra salientou que, antigamente, na unidade de saúde da aldeia davam muita injeção, mas que, agora, somente consultando; para ela, a injeção é mais forte e mais rápida, porém provoca muita dor. Da mesma maneira, outra mulher decidiu, por causa da dor, tomar só uma dose de penicilina por dia, quando haviam sido prescritas duas doses ao dia. Essas percepções, que indicam claramente uma ambiguidade em relação às injeções, podem explicar por que as aplicações, para serem feitas na unidade de saúde da aldeia, nem sempre foram cumpridas completamente pelos indígenas, contradizendo o argumento de Anne Reeler (1990) sobre o maior controle do profissional de saúde na adesão às injeções.

Em outra pesquisa que eu, Eliana, Fernanda Manzini e Marina Becker (DIEHL; MANZINI; BECKER, 2010) conduzimos, em uma unidade de saúde de um município de Santa Catarina, observamos que a manipulação da posologia pode, ainda, ter outros desdobramentos, como no caso do uso de antidepressivos.

Uma mulher, usuária de fluoxetina há algum tempo, relatou que manejava a sua terapia, reduzindo o número de cápsulas por dia, porém não contava ao médico para que ele mantivesse a prescrição com um número maior de cápsulas, de modo que ela, que já havia enfrentado o desabastecimento do medicamento na rede pública de saúde, pudesse manter um estoque em casa.

Eficácia

Eficácia é um dos critérios fundamentais para a seleção de medicamentos, desde aqueles que compõem as listas de medicamentos para a Atenção Básica até os do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, bem como deve ser um dos critérios para a prescrição adequada. Estudos farmacoeconômicos, que avaliam os medicamentos tanto do ponto de vista clínico quanto das políticas de saúde, têm sido o padrão-ouro para a definição de listas e registro de novos fármacos em um número expressivo de países, definindo uma área de pesquisa que cresce significativamente, visto os recursos financeiros astronômicos envolvidos para os sistemas públicos de saúde na disponibilização de medicamentos.

A eficácia de um medicamento (ou de uma intervenção médica) refere à ação farmacológica atingida em condições ideais, normalmente em testes clínicos contra placebo ou contra outro medicamento já conhecido e utilizado e que tem ação semelhante. As medidas se dão por meio de redução dos sintomas e outras alterações físicas e/ou mentais, de modo a restaurar a saúde.

Porém, como salientaram Van der Geest, Whyte e Hardon (1996, p. 167), é necessário ir além dessa simples generalização advinda da biomedicina, pois “os efeitos das substâncias medicinais são também sociais, culturais, psicológicos e ainda metafísicos”.

Segundo os autores, os **efeitos sociais** relacionam-se à procedência do medicamento (os de mais longe costumam ser mais eficazes, pois são considerados mais fortes e potentes) e possibilitam abreviar relações sociais, isto é, em problemas que envolvem vergonha, como doenças sexualmente transmissíveis e tuberculose, por exemplo, a relação doente-profissional de saúde, normalmente, é marcada somente pela prescrição e entrega dos medicamentos, sem estabelecimento de diálogo. Os **efeitos culturais** estão ligados ao fato de que os medicamentos carregam significados, tendo papel crucial na identificação e interpretação da doença e contribuindo na construção cultural do processo saúde-doença-atenção. Quanto aos **efeitos psicológicos**, os autores reforçam que a eficácia está ligada à prescrição, ou seja, os medicamentos livram os médicos e seus pacientes de suas ansiedades.

Finalmente, o funcionamento dos medicamentos confirma que as percepções sobre a realidade estão corretas, reforçando ideias em seres que não vemos (bactérias e outros microrganismos) e em dogmas não inteligíveis (como teoria da infecção e da imunidade), demonstrando seus **efeitos metafísicos**.

A compreensão da eficácia como construção cultural, tema debatido por antropólogos de diferentes correntes teóricas, como Victor Turner (1980), Claude Lévi-Strauss (1989) e Nina Etkin (1988), faz a discussão ganhar contornos muito mais elaborados, já que permite interpretá-la de dentro, ou seja, do ponto de vista

êmico.⁸ Para Nina Etkin (1988, p. 300), “a perspectiva êmica (local) é específica à cultura e consistente com a ideologia da sociedade sob estudo”.

Van der Geest (1988), citando Helman, considerou o “efeito total da droga”, cujos aspectos incluem, além da substância química, os atributos do paciente que recebe a droga, os atributos das pessoas que a prescrevem ou a dispensam, o cenário onde ela é administrada e os atributos da própria droga (cor, sabor, forma, nome). Assim, quando um medicamento foi adequado para uma pessoa, mas não para outra, esta última pode culpar sua constituição ou o modo de administração e não o medicamento *per si*.

As diferentes ideias e concepções de saúde, doença e cura afetam as maneiras pelas quais os medicamentos e remédios são usados e avaliados pelos indivíduos. Para Nina Etkin (1992), em alguns casos, o que é considerado efeito adverso ou colateral pela medicina ocidental é adotado por outro sistema terapêutico como um requisito que faz parte do processo de cura. Desta forma, vômitos, diarreias, pruridos ou salivação decorrentes do uso de um medicamento podem indicar, por outro lado, que a doença e os agentes dela estão sendo expulsos do corpo. Ou seja, os sujeitos e grupos sociais constroem os significados para a experiência da doença, criando uma linguagem que pode assimilar elementos de outras formas de atenção.

Esse processo dinâmico, no qual os medicamentos ocidentais tornam-se imbuídos das qualidades culturais e da história de uma determinada sociedade, foi chamado, por Arthur Kleinman (1980), de indigenização; ou de reinterpretação, por antropólogos como Nina Etkin (1992). A forma farmacêutica dos medicamentos é considerada uma das principais características na escolha de um medicamento, passível de reinterpretação cultural. Comprimidos, cápsulas, injeções, gotas, pomadas, entre outras, têm a eficácia⁹ medida e comparada, de acordo com o contexto cultural e com as representações e experiências no processo saúde-doença-atenção.

Por exemplo, Mark Nichter (1980) observou que os líquidos para uso oral são bastante populares, em regiões da Índia, para fraqueza e anemia, pois são percebidos com a capacidade de juntar-se prontamente ao sangue, sendo, assim, considerados ótimos para grávidas. Porém, a população pesquisada apresentou outras percepções: comprimidos não são adequados para elas, pois reduzem a capacidade digestiva e podem causar doenças no feto. A cor escura, tendendo ao preto, é poderosa e boa para vômito, febre e ataques, mas não para desordens digestivas, fraqueza ou anemia, o que torna, por exemplo, os

⁸ Êmico relaciona-se com os conhecimentos, as práticas e os valores cujos significados fazem sentido dentro do sistema cultural ao qual pertencem.

⁹ Ao utilizarmos o termo “eficácia”, estamos nos referindo ao conceito comumente utilizado pela Antropologia, que, em geral, não diferencia “eficácia” de “efetividade”, como o fazem as definições utilizadas pelas ciências da saúde.

comprimidos escuros de sulfato ferroso impopulares para grávidas e pessoas anêmicas. Medicamentos vermelhos são quentes e apropriados para reduzir a tosse e o resfriado, assim como para produzir mais sangue. Os amarelos também são quentes e como tópicos têm ação purificadora. Os sabores adstringente e amargo são frios; o sal é perigoso para os ossos; e o sabor acre é um bom digestivo e próprio para tosse, mas não para doenças cutâneas, reumáticas ou do trato urinário. Enfatizou esse autor que, muitas vezes, o especialista utilizava a estratégia de combinar medicamentos com diferentes características, visando contrabalançar os efeitos adversos de cada um.

Nina Etkin e colaboradores (1990) descrevem que entre os Hausa da Nigéria não há polarização de uso entre os medicamentos e as plantas medicinais, que são usados concomitantemente, tanto por indicação de especialistas nativos como em situações de automedicação. Isso inclui a interpretação e a manipulação dos efeitos primários e secundários da terapia medicamentosa, da mesma maneira que a sequência do uso de plantas é manejada. Por exemplo, as plantas com látex têm propriedades galactagogas; as plantas com óleo ou que facilmente deixam cair flores ou amadurecem frutos são apropriadas para parturientes; as plantas com sabor amargo são ideais para dores estomacais. Para os medicamentos, os mesmos critérios são usados: a solução branca de penicilina é ingerida para estimular a lactação; as suspensões farmacêuticas oleosas são usadas para facilitar o nascimento; o sabor amargo do cloranfenicol é eficaz nas desordens estomacais. As plantas e os medicamentos de cor amarela tratam icterícia e as de coloração vermelha tratam malária, pois fortificam o sangue (ETKIN et al., 1990).

Marlene Novaes (1996, 1998) observou, entre os indígenas Wari de Rondônia, no Brasil, a manipulação simbólica dos medicamentos, transformando-os em correlatos dos remédios nativos que operam no nível causal das doenças, sendo coadjuvantes dos atos xamânicos na eliminação das causas. Assim, os medicamentos são usados antes da cura xamânica como terapia de alívio sintomático das doenças, como, por exemplo, na eliminação da febre, pois o xamã só age depois de excluir a febre do corpo. Para os Wari, a maioria das doenças graves e/ou crônicas são explicadas a partir da atuação do *jamikarawa*, que compõe uma categoria de seres que não possuem um corpo humano, tratando-se de animais que assumem um espírito (*jam*) definidor da pertinência no mundo dos Wari gente, ou seja, são ancestrais mortos dos Wari que incorporaram seu jam em um corpo animal. As terapias tradicionais Wari de uso da fumaça e de aromas são eficazes, pois entorpecem o *jamikarawa*, facilitando a ação do xamã. Da mesma maneira, medicamentos que exalam odores e/ou desprendem cheiro do corpo do doente, como antibióticos, quimioterápicos, expectorantes balsâmicos e Vick-vap-o-rub®, deixam o jam do animal agressor tonto e o *jamikarawa* não pode investir contra o xamã; as injeções e os soros

endovenosos enfraquecem o jam do animal malfeitor porque, ao sacrificarem muito o corpo do doente, agridem o *jam* do animal que, descontente, vai embora voluntariamente.

Os Kaingáng também se manifestaram sobre a apresentação dos medicamentos. Em minha pesquisa (DIEHL, 2001) entre os Kaingáng, observei que comparações de cor, odor e sabor definem se o remédio da farmácia ou o remédio do mato é bom.

Na pesquisa, quando perguntadas sobre as características organolépticas dos medicamentos, as mães Kaingáng citaram, muitas vezes, o sabor e o cheiro, ligando-os a uma melhor eficácia do medicamento: “Essa ampicilina é doce no início e no fim fica amarguinha. Em parte é bom pra garganta o docinho, pras crianças”. “E aquele amoxicilina elas [as filhas] gostam de tomar, de certo ele é cheiroso, né? Tem um gosto de açúcar”. Outra Kaingáng ainda referiu-se à cor, exemplificando com uma situação em que a unidade de saúde da aldeia dava, sem receita, um “remédio preto”. Para ela, esse remédio era muito forte e não usava com as crianças. Em relação aos remédios do mato, uma curandeira associou a cor das suas preparações a determinadas doenças, como: o preto para a “recaída das mães” (tontura e dor de cabeça); o amarelo para o amarelão; o vermelho para a pressão alta; e o branco para todo tipo de doença. Para as diferentes formas farmacêuticas, uma Kaingáng comparou o comprimido com o líquido, dizendo que não havia diferença em relação ao efeito, mas somente à facilidade em tomar: o comprimido precisa ser tomado com água e a pessoa pode engasgar, enquanto que com o líquido não. As injeções ou outras formas farmacêuticas são avaliadas de acordo com o poder de cura ser mais ou menos rápido. Em referência ao uso de injeção, uma Kaingáng disse ter tomado uma vez, quando a filha do meio era pequena; lembrava-se de que tinha sido pior, pois, ao chegar em casa, precisava deitar-se, tinha calorão; depois de uns momentos de conversa, citou a vacina do tétano, que deixou sua perna dura por dois dias. As injeções, ao mesmo tempo que são mais fortes que os comprimidos e líquidos e têm efeito rápido, causam dor, endurecimento do membro, o que pode impedir para o trabalho, e podem até causar outras doenças, como já salientado antes, na discussão sobre a adesão.

Ainda entre esse grupo indígena, eu, Eliana, ouvi, de muitas mães, o relato de que tratavam as diarreias de seus filhos com antibacterianos (principalmente amoxicilina e sulfametoxazol + trimetoprima), prática bastante recorrente em outras realidades, como você já deve ter vivenciado (ou vivencia cotidianamente). No meu estudo (DIEHL, 2001), evidenciei, ainda, que os profissionais de saúde que atuavam na Terra Indígena demonstravam uma predileção pelo uso de antibacterianos nos episódios diarreicos, o que contribuía para estimular, na perspectiva da autoatenção, o uso desses medicamentos pela população local.

Anita Hardon (1987) observou que médicos filipinos prescreviam três ou mais medicamentos para a maioria das diarreias simples, sendo que os antibióticos constavam em aproximadamente 30% das prescrições, enquanto que, na automedicação, os usuários, normalmente, usavam um medicamento. Conforme Trisha Greenhalgh (1987), entre médicos do setor privado na Índia, uma variedade de antibacterianos foi prescrita para tratar casos de diarreia, sendo que, em 43% de todos os casos, foram indicados dois ou mais medicamentos desse grupo terapêutico. Por outro lado, estudos têm demonstrado que os sais de reidratação oral, terapia recomendada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para tratar a maior parte das diarreias, não fazem muito sucesso entre diferentes grupos sociais.

Por exemplo, Paredes e colaboradores (1996) descreveram que as mães peruanas que saíram da consulta médica somente com a indicação de sais de reidratação oral para a diarreia consideraram o médico charlatão, que não sabia curar; para elas, o bom médico era aquele que dava injeção.

Notei (DIEHL, 2001) que, no caso dos Kaingáng, ao contrário da grande aceitação dos antibacterianos no tratamento das diarreias, as mães eram reticentes em usar os sais de reidratação oral, reclamando quando os médicos ou os outros profissionais do posto de saúde indicavam somente esses sais.

Por exemplo, a filha menor de uma delas consultou quatro vezes no período de setembro de 1999 a fevereiro de 2000, as duas primeiras vezes com infecção aguda das vias aéreas superiores e as duas últimas com diarreia; em todas as consultas foram prescritos medicamentos. A mãe demonstrou descrédito com o pediatra do posto, comparando quando levava a outro médico, que receitava medicamento, e os filhos logo saravam. O descontentamento referia-se ao fato

de que o médico do posto “*só dava soro*” (sais de reidratação oral) para a diarreia, que, na sua opinião, deixava a criança “*desnutrida*”. Em um episódio de diarreia, segundo ela, provocado pela carne de galinha que a menina comera, deu um pouco de sulfa três vezes, mesmo sabendo que para “*sarar bem tem que dar 2 ou 3 vidros*”. Ela considerava a sulfa fraca e por isso “*tem que misturar com chá*” [da casca de pitanga]. Outras mães citaram o gosto desagradável do “*sorinho*”, o que não incentivava as crianças a tomarem a preparação.

Somando-se a essas percepções de eficácia em relação à terapia de reidratação oral e aos antibacterianos, podemos dizer que a aparente resolução rápida, proporcionada pelo uso dos antibacterianos, contrapõe-se a uma terapia baseada em substâncias cotidianas (fluidos e alimentos) (PAREDES et al., 1996) e que exige uma atenção especial, com um número maior de administrações ao dia, o que, muitas vezes, é dificultado pela não disponibilidade de tempo da mãe ou do cuidador.

Se os vários exemplos citados enfatizam populações indígenas, quando focamos em outros grupos sociais, também observamos que a eficácia dos medicamentos é avaliada segundo experiências e saberes construídos culturalmente.

A médica-antropóloga Jaqueline Ferreira (1998, p. 54) observou que, para as mulheres de uma vila de Porto Alegre, a eficácia dos contraceptivos orais está relacionada ao fato de que “os comprimidos ficam ao redor do útero e quando termina de tomar eles saem todos na menstruação”, ou seja, sua ação é mecânica e não química, conforme o mecanismo de ação farmacologicamente definido.

Quando eu, Eliana, Fernanda Manzini e Marina Becker (2010, p. 354) pesquisamos sobre o uso de antidepressivos por usuários de um centro de saúde, observamos que uma das mulheres entrevistadas estabeleceu uma relação de dependência com o medicamento fluoxetina, que foi, segundo ela, o principal responsável pela melhora: “Eu atribuo a minha melhora ao remédio. Não à psicoterapia, não à consulta com o psiquiatra. Mas eu tenho percebido que depois que eu comecei a tomar a fluoxetina, eu ‘tô’ mais tranquila pra cuidar dos outros problemas”.

A fluoxetina passou a fazer parte de seu cotidiano:

É uma coisa assim bem engraçada porque o comprimido na realidade, ele tem me ajudado muito assim, ele tornou, pra mim, meu melhor amigo. Se eu vou pro centro, eu levo o comprimido, se eu vou viajar eu levo o

comprimido... Qualquer lugar que eu vá, eu levo o comprimido, porque eu não sei né se eu vou ficar ou se eu vou voltar... Eu não posso deixar acontecer (DIEHL; MANZINI; BECKER, 2010, p. 354).

Ela também deixou claro que não pretendia largar o tratamento:

Nunca abandonei [o medicamento], não vou abandonar. Posso abandonar marido, filho, colega [...] porque eu tenho a impressão de que se eu parar a fluoxetina agora, eu vou ter uma crise redobrada de TOC [Transtorno Obsessivo-Compulsivo]. (DIEHL; MANZINI; BECKER, 2010, p. 355).

Para encerrar a discussão sobre eficácia, destacamos o que Sjaak van der Geest e colaboradores (1996) salientaram em relação à origem do medicamento. Para eles, na construção cultural da eficácia, a procedência do medicamento é um outro elemento importante. A enorme atração exercida pelos medicamentos que vêm de países desenvolvidos foi associada, por Mark Nichter (1996), à modernização que eles representam, faceta muito explorada pela propaganda das indústrias farmacêuticas. E, ainda, a ideia de que os medicamentos são mais fortes do que os recursos terapêuticos nativos faz parte da avaliação da eficácia em muitas culturas, como já demonstramos em alguns exemplos abordados.

Uso racional e automedicação com medicamentos

Em 1985, em Nairobi, no Kenia, a OMS organizou uma “Conferência de expertos sobre uso racional de los medicamentos”, cujas deliberações, publicadas em 1986, abrangeram políticas farmacêuticas, comercialização de medicamentos, programas nacionais de medicamentos essenciais e educação e formação, entre outras. Foi definido que

[...] para um uso racional é preciso que se receite o medicamento apropriado, que este esteja disponível e a um preço exequível, que se dispense nas condições adequadas e que se tome na dose indicada, nos intervalos e durante o tempo prescritos. O medicamento apropriado será eficaz e de qualidade e inocuidade aceitáveis. (OMS, 1986, p. 62).

Desde então, países membros têm formulado políticas que contemplam a questão, como o Brasil, a exemplo da Política Nacional de Medicamentos e da Política Nacional de Assistência Farmacêutica.

A definição da OMS contempla:

- a prescrição, ou seja, o prescritor deve receitar medicamentos quando necessário e corretamente para cada situação específica de doença;

- a entrega do medicamento, que deve ocorrer de acordo com padrões farmacêuticos adequados; e
- o seu uso, que deve seguir o recomendado na prescrição.

Porém, mesmo que o conceito da OMS contemple diferentes sujeitos e grupos sociais (o prescritor, o dispensador/entregador e o usuário), o uso de medicamentos fora dos padrões farmacológicos comprovados é, normalmente, tratado pelo setor saúde de modo a culpabilizar¹⁰ o usuário, acusando-o de “irracional”.¹¹

Talvez, o mais importante, quando se trata da questão “uso racional” *versus* “uso irracional” ou “uso racional” *versus* “uso segundo outros saberes e práticas” (visão êmica), é ter presente o que James Trostle (1996, p. 119) chamou a atenção: a ênfase no “conceito de ‘uso racional de medicamentos’ pode limitar a compreensão da variedade de maneiras que os medicamentos são prescritos, dispensados e usados”.

Como discutimos anteriormente, o uso de medicamentos, conforme regras próprias de posologia e noções particulares de eficácia e de reinterpretação, evidencia que os sujeitos e grupos sociais têm autonomia baseada em seus saberes e experiências no processo saúde-doença-atenção. Também já argumentamos que os sujeitos, em um episódio de doença, têm percepções sobre o corpo e os tratamentos mais adequados para resolver o problema, que muitas vezes são bastante diversas dos profissionais. Os profissionais compartilham os valores e os conhecimentos da cultura da biomedicina, enquanto os doentes, que fazem parte de outras coletividades ou grupos sociais, também possuem valores e conhecimentos próprios, traduzidos por atividades e práticas, que podem ser denominadas de autoatenção.

A automedicação com medicamentos é uma das práticas mais difundidas em diferentes sociedades, incluindo a brasileira, na busca por saúde, ocorrendo, principalmente, na esfera doméstica, longe do controle da biomedicina, que a critica duramente por sua “irracionalidade” e pelos riscos potenciais.

Para o antropólogo Menéndez (2003, 2009), a automedicação é uma das principais atividades de autoatenção, ampliando a noção, comumente divulgada, de que ela se refere somente aos medicamentos da indústria químico-farmacêutica. Para ele, o uso de plantas medicinais, de bebidas alcoólicas, de maconha etc., e de outras atividades (como massagens), acionadas de modo

¹⁰ Quando referimos “culpabilizar”, queremos dizer que os profissionais de saúde, ao observarem o uso de medicamentos fora dos padrões farmacológicos comprovados, em geral, fazem um julgamento de valor a partir de seus conhecimentos, definindo o usuário como ignorante e sem conhecimentos, “culpado” pelo uso “errado”. Conforme veremos na sequência, essa atitude etnocêntrica dos profissionais não se sustenta quando ampliamos nosso olhar sobre o processo saúde-doença-atenção.

¹¹ O termo “irracional” tem um impacto importante sobre os estudantes e os profissionais da área da saúde, pois reforça a ideia de que somente o conhecimento científico-biomédico é válido, é “racional”.

intencional para controle, alívio, solução, cura ou prevenção de processos que afetam a saúde, são também práticas de automedicação.

A automedicação enquanto atividade de autoatenção revela duas dimensões importantes: a primeira refere-se à agência e autonomia de quem utiliza os medicamentos; e a segunda ao impacto do modelo e à organização dos serviços de saúde em diferentes contextos.

A prática da automedicação demonstra a dinâmica da autonomia dos grupos sociais em desenvolver formas de autoatenção influenciadas, mas não controladas, pelos profissionais de saúde. Segundo Menéndez (2003,2009), a automedicação com medicamentos é a decisão, mais ou menos autônoma, de utilizar determinados fármacos sem a intervenção direta ou imediata dos profissionais de saúde, pressupondo que há um saber sobre o processo saúde-doença-atenção que afeta a maneira como os medicamentos são usados e avaliados. Para Esther Jean Langdon (2003), os sujeitos e grupos sociais constroem significados para a experiência da doença, o que possibilita uma linguagem e práticas que, conforme Menéndez (2003), podem assimilar elementos de outras formas de atenção à saúde, como da biomedicina e das medicinas “tradicionais” ou “populares”.

Eduardo Menéndez ainda aponta que, de modo geral, os profissionais de saúde costumam julgar a automedicação de forma negativa ou perniciosa, que é fruto da falta de educação ou da ignorância, identificando-a como um comportamento das classes sociais mais pobres. Para o autor, essa avaliação está baseada na própria experiência clínica ou na tradição oral institucional, bem como na posição contrária do setor saúde frente à automedicação, mas não em pesquisas sistemáticas sobre os malefícios ou benefícios da automedicação.

Menéndez (2003, 2009) quer dizer com isso que a biomedicina identifica apenas os aspectos negativos da automedicação, como, por exemplo, no caso do desenvolvimento de resistência de vetores a certos medicamentos, como aos antibióticos; ou dos efeitos cancerígenos devido ao uso indiscriminado de certos fármacos, mas não investiga, de maneira continuada, as atividades de automedicação nas doenças crônicas, visando determinar se essa prática realmente é positiva ou negativa.

Explorando um pouco a segunda dimensão (impacto do modelo e organização dos serviços de saúde), no caso da automedicação com medicamentos, a biomedicina, paradoxalmente, é forte estimulante do seu uso, na medida em que seus profissionais fundamentam suas práticas clínicas na prescrição ou indicação de medicamentos.

Uma das consequências mais diretas do ato médico de prescrever é que legítima e encoraja a escolha de medicamentos sintomáticos, influenciando a automedicação e, conseqüentemente, a prescrição informal.

Também, a demanda do usuário é um forte apelo para que ocorra tanto a prescrição formal quanto a informal, ou seja, a consulta é percebida como válida quando é marcada, ao seu final, pela prescrição de um ou mais medicamentos. Para Nichter e Vuckovic (1994a), em cenários onde há um grande número de medicamentos de prescrição e de venda livre, que podem ser adquiridos a qualquer momento pelo paciente, os provedores de atenção à saúde são colocados frente a uma população que demanda por coisas novas.

Para Menéndez (2003, 2009), apesar das críticas e dos julgamentos negativos da autoatenção em termos de automedicação, a biomedicina e seus serviços de saúde estimulam atividades de autoatenção em termos de autocuidado, como o uso do termômetro, a apalpação dos seios femininos, o planejamento familiar através da pílula contraceptiva, o uso da camisinha, a reidratação oral, a autoinjeção de insulina, a leitura da glicose no sangue, entre tantos outros exemplos.

Talvez as pesquisas sobre diabetes demonstrem bem, não só a avaliação negativa dos profissionais de saúde sobre as práticas de autoatenção, mas também como os profissionais acabam estimulando a automedicação.

Fabiane Francioni (2010), enfermeira, realizou uma pesquisa qualitativa sobre as práticas de autoatenção, em uma comunidade de pescadores no Sul do país, focada em pessoas que têm diabetes *mellitus* (DM) e que participam, há vários anos, de encontros organizados pelos profissionais da unidade de saúde local. Nesse caso, os profissionais têm uma longa história com a comunidade e são bem recebidos, sendo vistos como vizinhos e pessoas de confiança. Porém, a pesquisa identificou, entre as práticas de autoatenção, que muitas são decorrentes dessa interação com os profissionais.

As pessoas com DM demonstraram uma grande aceitação e legitimidade aos medicamentos alopáticos e aos diagnósticos dados pelo médico, por meio de resultados de exames. Porém, eles reapropriaram e articularam essas informações com outros conhecimentos e práticas que julgaram interessantes e acreditaram ter efetividade. O uso da medicação oral é o tratamento mais aceito, mas fazem adaptações, alterando os horários e a frequência ou as dosagens tomadas, baseados nos efeitos observados em relação ao controle glicêmico.

O resultado de um exame apontando glicemia normal ou próxima da normalidade é interpretado como justificativa para a redução da medicação ou o consumo de comidas, geralmente, não aconselhadas, tais como os doces ou as frituras. A dieta sem açúcar e com pouca gordura recebe ênfase especial nos encontros com os profissionais, mas para as pessoas com DM, comer é um ato social que faz parte das relações de amizades e das atividades festivas que são vistas como essenciais para a saúde. A flexibilidade da dieta é resultado dos valores associados às práticas de sociabilidade da comunidade, que, na definição de Menéndez (2003, 2009), fazem parte das práticas de autoatenção no sentido amplo.

Em uma pesquisa, realizada em dois povoados do interior da Bahia, Hildebrando Haak (1989) demonstrou que antibióticos, analgésicos, vitaminas e anticoncepcionais foram os grupos farmacológicos mais utilizados por “autoprescrição”, sugerindo um uso excessivo desses medicamentos.

Leitura complementar: O artigo *Padrões de consumo de medicamentos em dois povoados da Bahia*, publicado na *Revista de Saúde Pública* (1989), é uma fonte para o aprofundamento da pesquisa de Hildebrando Haak.

Nas conclusões, o autor sugere que “a automedicação poderia tornar até uma parte importante da ‘Assistência Primária à Saúde’”, desde “que a população seja informada sobre o justo uso e sobre os perigos associados aos medicamentos” (HAAK, 1989, p. 150). Para ele, dessa forma, o consumidor teria uma participação ativa na atenção básica à saúde. Esse estudo nos auxilia na reflexão sobre o que significa o consumo de medicamentos e a automedicação em uma perspectiva local, isto é, nos faz entender essas práticas, a partir do que os sujeitos e grupos sociais avaliam como sendo importantes para o processo saúde-doença-atenção, sem julgamento de valor baseado em uma racionalidade biomédica.

Os tópicos apresentados (adesão, eficácia, uso racional e automedicação com medicamentos) demonstram que os sujeitos e grupos sociais reapropriam e ressignificam o uso de medicamentos, segundo saberes e atividades que fazem sentido em um contexto cultural e social específico, de maneira autônoma, quer seja em relação aos serviços ou aos profissionais de saúde.

Neste capítulo, procuramos enfatizar que não podemos ignorar que a biomedicina compõe mais um possível conjunto de valores, conhecimentos e práticas para a ação sobre o processo saúde-doença-atenção, dentre outros inúmeros conjuntos de valores, conhecimentos e práticas. Como profissionais de saúde, é importante não assumir posições etnocêntricas, pois julgar os outros a partir de nossas próprias referências culturais e valores nos cega para as variadas maneiras, muitas vezes criativas, que uma pessoa ou comunidade, com a qual, cotidianamente, nos relacionamos nos serviços de saúde, utiliza em suas decisões sobre sua saúde.

Indo mais além, compreender a relação entre a cultura e os processos de saúde-doença-atenção/autoatenção e o uso de medicamentos auxilia o profissional de saúde em seu trabalho a, efetivamente, entender a visão de mundo do outro, permitindo, nas palavras de Eduardo Menéndez (2003, 2009), a inclusão articulada, por meio das práticas de autoatenção, dos sujeitos e grupos sociais com os serviços de saúde biomédicos e com outras formas de atenção.

Referências

AZIZE, R. L. *A química da qualidade de vida: um olhar antropológico sobre uso de medicamentos e saúde em classes médias urbanas brasileiras*. 2002. 118 f. Dissertação (Mestrado em Antropologia) – Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

AZIZE, R. L. *A nova ordem cerebral: a concepção de “pessoa” na difusão neurocientífica*. 2010. 294 f. Tese (Doutorado em Antropologia) – Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social do Museu Nacional, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

BRASIL. CNE – Conselho Nacional de Educação. Resolução CNE/CES nº 2/2002. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Farmácia. *Diário Oficial da União*, Brasília, 4 de março de 2002. Seção 1, p. 9.

CECCHETTO, F.; MORAES, D. R.; FARIAS, P. S. Hipermasculinidade e riscos à saúde: discursos sobre o uso de esteroides anabolizantes entre homens jovens. In: REUNIÃO DE ANTROPOLOGIA DO MERCOSUL, 9, *Anais...* Curitiba, Paraná, 2011.

CONRAD, P. The meaning of medications: another look at compliance. *Social Science and Medicine*, v. 20, n. 1, p. 29-37, 1985.

Da MATTA, R. Você tem cultura? In: *Explorações: ensaio de sociologia interpretativa*. Rio de Janeiro: Rocco, 1986. Disponível em: <<http://www.furb.br/site/arquivos/788660-650601/vocetemcultura.pdf>>. Acesso em: 8 ago. 2010.

DIEHL, E. E. *Entendimentos, práticas e contextos sociopolíticos do uso de medicamentos entre os Kaingáng (Terra Indígena Xapecó, Santa Catarina, Brasil)*. 2001. 230 f. Tese (Doutorado em Ciências) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2001.

DIEHL, E. E.; RECH, N. Subsídios para uma assistência farmacêutica no contexto da atenção à saúde indígena: contribuições da Antropologia. In: LANGDON, E. J.; GARNELO, L. (Org.). *Saúde dos Povos Indígenas: reflexões sobre Antropologia participativa*. Rio de Janeiro: Contracapa/ABA, 2004. p. 149-169.

DIEHL, E. E.; MANZINI, F.; BECKER, M. “A minha melhor amiga se chama fluoxetina”: consumo e percepções de antidepressivos entre usuários de um Centro de Atenção Básica à Saúde. In: MALUF, S. W.; TORNQUIST, C. S. (Org.). *Gênero, saúde e aflição: abordagens antropológicas*. Florianópolis: Letras Contemporâneas, 2010. p. 331-365.

DIEHL, E. E.; GRASSI, F. Uso de medicamentos em uma aldeia Guarani do litoral de Santa Catarina, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 26, n. 8, p. 1549-1560, 2010.

DIEHL, E. E.; ALMEIDA, L. K. Medicamentos em contexto local indígena: A “farmácia caseira” Xokleng, Santa Catarina. *Revista de Antropologia Social dos Alunos do PPGAS-UFSCar*, v. 4, n. 1, p. 189- 206, 2012.

ELSEN, I. *Concepts of health and illness and related behaviors among families living in a brazilian fishing village*. 1984. Thesis (Philosopher Doctor) – University of California, San Francisco, 1984.

- ETKIN, N. L. Cultural constructions of efficacy. In: VAN DER GEEST, S.; WHYTE, S. R. *The context of Medicines in developing countries studies in Pharmaceutical Anthropology*. Dordrecht: Kluwer Acad. Publ., 1988. p. 299-326.
- ETKIN, N. L. "Side effects": Cultural constructions and reinterpretations of Western Medicine. *Medical Anthropology Quarterly*, v. 6, n. 2, p. 99-113, 1992.
- ETKIN, N. L.; ROSS, P. J.; MUAZZAMU, I. The indigenization of pharmaceuticals: therapeutic transitions in rural hausaland. *Social Science and Medicine*, v. 30, n. 8, p. 919-928, 1990.
- FERREIRA, J. O corpo signico. In: ALVES, P. C.; MINAYO, M. C. S. (Org.). *Saúde e Doença: um olhar antropológico*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994. p. 101-112.
- FERREIRA, J. Cuidados do corpo em vila de classe popular. In: DUARTE, L. F. D.; LEAL, O. F. (Org.). *Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998. p. 49-56.
- FRANCIONI, F. F. *Compreendendo o processo de viver com Diabetes Mellitus em uma comunidade de Florianópolis, Santa Catarina: das práticas de autoatenção ao apoio social*. 2010. 179 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.
- GEERTZ, C. *A interpretação das culturas*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1989.
- GREENHALGH, T. Drug prescription and self-medication in India: an exploratory survey. *Social Science and Medicine*, v. 25, n. 3, p. 307-318, 1987.
- HAAK, H. Padrões de consumo de medicamentos em dois povoados da Bahia (Brasil). *Revista de Saúde Pública*, v. 23, n. 2, p. 143-151, 1989.
- HARDON, A. P. The use of modern pharmaceuticals in a Filipino Village: doctor's prescription and self medication. *Social Science and Medicine*, v. 25, n. 3, p. 277-292, 1987.
- HORNE, R.; WEINMAN, J.; BARBER, N.; ELLIOTT, R.; MORGAN, M. *Concordance, adherence and compliance in medicine taking: Report for the National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organization R & D*. London: NHS, 2005. Disponível em: <http://www.medslearning.leeds.ac.uk/pages/documents/useful_docs/76-final-report%5B1%5D.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2011.
- KLEINMAN, A. *Patients and healers in the context of culture*. Berkeley: University of California Press, 1980.
- LANGDON, E. J. Cultura e os Processos de Saúde e Doenças. In: SEMINÁRIO CULTURA, SAÚDE E DOENÇA (L. S. Jeolás, M. Oliveira, Org.). *Anais...* Londrina, Ministério da Saúde, Universidade Estadual de Londrina e Secretaria Municipal de Ação Social/Prefeitura Municipal de Londrina, 2003. p. 91-107.
- LEITE, S. N.; VASCONCELLOS, M. P. C. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 8, n. 3, p. 775-782, 2003.
- LEVIS-STRAUSS, C. *Antropologia cultural*. 3. ed. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1989.

MENÉNDEZ, E. L. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 8, n. 1, p. 185-208, 2003.

MENÉNDEZ, E. L. Modelos de atenção dos padecimentos: exclusões ideológicas e articulações práticas. In: MENÉNDEZ, E. L. *Sujeitos, saberes e estruturas: uma introdução ao enfoque relacional no estudo da saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec/Aderaldo & Rothschild, 2009. p. 17-70.

NICHTER, M. The layperson's perception of medicine as perspective into the utilization of multiple therapy systems in the Indian context. *Social Science and Medicine*, v. 14B, n. 4, p. 225-33, 1980.

NICHTER, M. Pharmaceuticals, the commodification of health, and the health care-medicine use transition. In: NICHTER, M.; NICHTER, M. (Org.). *Anthropology and International Health: Asian Case Studies*. [s.l.]: Gordon and Breach Publ., 1996. p. 265-326.

NICHTER, M.; VUCKOVIC, N. Agenda for an anthropology of pharmaceutical practice. *Social Science and Medicine*, v. 39, n. 11, p. 1509-25, 1994a.

NICHTER, M.; VUCKOVIC, N. Understanding medication in the context of social transformation. In: ETKIN, N. L.; TAN, M. L. (Ed.). *Medicines: meanings and contexts*. Philippines: Health Action Information Network/Medical Anthropology Unit University of Amsterdam, 1994b. p. 285-303.

NOVAES, M. R. *A caminho da farmácia: pluralismo médico entre os Wari de Rondônia*. 1996. 254 f. Dissertação (Mestrado em Antropologia) – Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1996.

NOVAES, M. R. Interpretação da doença e simbolismo terapêutico entre os Wari de Rondônia. *Revista de Divulgação Cultural*, v. 64, p. 69-76, 1998.

OMS (Organización Mundial de la Salud). *Uso racional de los medicamentos*. Informe de la Conferencia de Expertos, Nairobi. Ginebra: OMS, 1986.

PAIM, H. H. S. Marcas no corpo, gravidez e maternidade em grupos populares. In: DUARTE, L. F. D.; LEAL, O. F. (Org.). *Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998. p. 31-47.

PAREDES, P.; LA PEÑA, M.; FLORES-GUERRA, E.; DIAZ, J.; TROSTLE, J. Factors influencing physicians' prescribing behaviour in the treatment of childhood diarrhoea: knowledge may not be clue. *Social Science and Medicine*, v. 42, n. 8, p. 1141-1154, 1996.

PAULILO, M. I. O peso do trabalho leve. *Ciência Hoje*, v. 5, n. 28, p. 64-70, 1987.

Disponível em: <www.cfh.ufsc.br/~naf/doc/OPesodoTrabalhoLeve.doc>. Acesso em: 8 ago. 2010.

PELLEGRINI, M. *Falar e comer: um estudo sobre os novos contextos de adoecer e buscar tratamento entre os Yanomamê do Alto Parima*. 1998. 150 f. Dissertação (Mestrado em Antropologia) – Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1998.

PETRYNA, A.; LAKOFF, A.; KLEINMAN, A. *Global Pharmaceuticals: ethics, markets, practices*. London: Duke Univ. Press, 2006.

- QUEIROZ, M. S. Estratégias de consumo em saúde entre famílias trabalhadoras. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 9, n. 3, p. 272-282, 1993.
- QUEIROZ, M. S. Farmacêuticos e médicos: um enfoque antropológico sobre o campo de prestação de serviços de saúde em Paulínea. In: ALVES, P. C.; MINAYO, M. C. (Org.). *Saúde e doença: um olhar antropológico*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994. p. 153-166.
- REELER, A. V. Injections: a fatal attraction? *Social Science and Medicine*, v. 31, n. 10, p. 1119-1125, 1990.
- ROZEMBERG, B. O consumo de calmantes e o “problema de nervos” entre lavradores. *Revista de Saúde Pública*, v. 28, n. 4, p. 300-308, 1994.
- SCHWADE, E. Neo-esoterismo no Brasil: dinâmica de um campo de estudos. *Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais*, n. 61, p. 5-24, 2006.
- SILVEIRA, M. L. *O nervo cala, o nervo fala: a linguagem da doença*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.
- TROSTLE, J. Inappropriate distribution of medicines by professionals in developing countries. *Social Science and Medicine*, v. 42, n. 8, p. 117-20, 1996.
- TURNER, V. Un doctor Ndembu en accion. In: _____. *La selva de los simbolos: aspectos del ritual Ndembu*. Madrid: Siglo Veintiuno, 1980.
- VAN DER GEEST, S. Pharmaceutical in the Third World: the local perspective. *Social Science and Medicine*, v. 25, n. 3, p. 273-276, 1987.
- VAN DER GEEST, S. Pharmaceutical Anthropology: perspectives for research and application. In: VAN DER GEEST, S.; WHYTE, S. R. (Ed.). *The Context of Medicines in developing countries: studies in Pharmaceutical Anthropology*. Dordrecht: Kluwer Acad. Publ., 1988. p. 329-366.
- VAN DER GEEST, S.; WHYTE, S. R. (Ed.). *The context of medicines in developing countries: studies in Pharmaceutical Anthropology*. Dordrecht: Kluwer Acad. Publ., 1988.
- VAN DER GEEST, S.; WHYTE, S. R.; HARDON, A. The anthropology of pharmaceuticals: a biographical approach. *Annual Review of Anthropology*, v. 25, p. 153-178, 1996.
- WHYTE, S. R.; VAN DER GEEST, S.; HARDON, A. Woman in distress: medicines for control. In: WHYTE, S. R.; VAN DER GEEST, S.; HARDON, A. (Org.). *Social lives of medicines*. Cambridge: Cambridge University Press, 2002. p. 50-63.

IMPACTOS E PERSPECTIVAS DOS SERVIÇOS FARMACÊUTICOS SOBRE O MANEJO DA TERAPÊUTICA

Leonardo Régis Leira Pereira

5.1 Introdução

A Farmácia Clínica existe nos Estados Unidos há, pelo menos, 60 anos, enquanto que a Atenção Farmacêutica vem sendo discutida e implantada há mais de duas décadas, principalmente nos países desenvolvidos. No Brasil, as discussões oficiais, promovidas pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), relacionadas a esse tema, iniciaram-se no final da década de 1990 (IVAMA et al., 2002).

Alguns países desenvolvidos, tais como Estados Unidos, Canadá, Espanha, Alemanha, França, Suécia, encontraram menores dificuldades para implantar e implementar a Atenção Farmacêutica, pois além de possuírem um serviço de saúde bastante estruturado, reconheciam, anteriormente a esse processo, o

farmacêutico como profissional imprescindível na área de saúde, devido à sua atuação na Farmácia Clínica (MENEZES, 2000). Esses países encontram-se em fase de aperfeiçoamento dos serviços, alguns promovendo discussões sobre os honorários do farmacêutico na prestação da Atenção Farmacêutica. Em outros países, como o Brasil, ainda há problemas em relação ao acesso aos medicamentos pela população e ausência do profissional farmacêutico em drogarias, farmácias e Unidades Básicas de Saúde.

Os avanços na área, nos últimos anos, podem ser observados por meio da análise das publicações acadêmicas sobre o tema. Em uma pesquisa realizada por Funchal-Witzell e colaboradores (2011), foram encontrados 440 artigos científicos publicados utilizando os descritores “*Pharmaceutical Care*”, “*Pharmaceutical Assistance*” ou “*Pharmaceutical Services*” nas bases de dados internacionais, porém 85,7% eram estudos descritivos e os demais correspondiam a estudos analíticos que avaliavam causa e efeito. Os autores encontraram apenas três artigos científicos publicados por autores brasileiros, entre os anos de 1995 a 2005, considerando como local do estudo as farmácias comunitárias. Em contrapartida, Iglésias, Rodríguez e Pérez (2007) encontraram, na Espanha, 122 artigos nesse mesmo período, considerando apenas as farmácias comunitárias. Segundo os autores, esse reduzido número de publicações no Brasil pode ser determinado pela reduzida atuação dos farmacêuticos como investigadores nesse ambiente de trabalho. Além disso, o estudo deixa claro que a produção científica na área é discreta, considerando o potencial do país, e que a maioria dos autores ainda são vinculados às universidades públicas das regiões Sudeste e Sul do Brasil.

Outro estudo, desenvolvido por Pereira e Freitas (2008), apresentou os resultados de uma busca realizada em 31/12/2007, na base de dados MedLine/Pubmed (www.ncbi.nlm.nih.gov/PubMed), utilizando as palavras-chave “*Pharmaceutical Care*” e o país de interesse (Tabela 1).

Tabela 1 – Publicações em periódicos indexados no Medline-PubMed até 31/12/2007 abordando o tema Atenção Farmacêutica em 16 países

| País | Artigos publicados | País | Artigos publicados |
|----------------|--------------------|-----------|--------------------|
| Estados Unidos | 7975 | Espanha | 166 |
| Reino Unido | 766 | Japão | 162 |
| Canadá | 716 | Itália | 110 |
| França | 314 | Rússia | 88 |
| Alemanha | 312 | Brasil | 46 |
| Austrália | 293 | México | 37 |
| Suécia | 281 | Chile | 9 |
| Holanda | 222 | Argentina | 9 |

Fonte: Pereira; Freitas (2008).

Nesse *ranking* evidenciou-se uma baixa frequência de publicações oriundas de países em desenvolvimento. Na América Latina, o principal país em número de publicações nesses periódicos foi o Brasil (46), seguido pelo México (37), Chile (9) e Argentina (9). Esse fato pode ser interpretado pelo menos sob dois aspectos: a) tema considerado de baixa importância; e/ou b) publicações em periódicos não indexados na base de dados pesquisada.

Na América do Sul, o Chile destaca-se por ter apenas oito cursos de graduação em Farmácia no país, porém apresentam formação clínica sedimentada e reconhecida, e oferece um curso de especialização nesta área, responsável pela formação de muitos profissionais brasileiros. O pequeno número de publicações chilenas pode representar que a Atenção Farmacêutica ainda não esteja consolidada naquele país, assim como no Brasil, porém é incontestável que a formação de mão de obra especializada (farmacêutico clínico) tem sido mais sedimentada no Chile, quando comparado ao Brasil, devido à valorização da Farmácia Clínica pelas universidades, e seu reconhecimento pela comunidade.

Os países com maior número de publicações são aqueles que, de maneira geral, publicam mais, independente da área de conhecimento, porém coincidem com aqueles cujos sistemas de saúde estavam bem organizados antes da implantação da Atenção Farmacêutica. Isso sugere que um dos primeiros passos para a implantação e desenvolvimento da Atenção Farmacêutica é a formação acadêmica aliada à organização do sistema de saúde (público e privado), e à gestão do medicamento, garantindo disponibilidade e acesso da população ao medicamento, e a integração do profissional farmacêutico à equipe de saúde.

5.2 A construção do acompanhamento farmacoterapêutico nos países desenvolvidos

Nos Estados Unidos, o país precursor na discussão da Atenção Farmacêutica, 80% das prescrições são subsidiadas por entidades sociais ou pelo sistema nacional de cobertura de saúde (*Managed Care*). O farmacêutico está sempre presente na farmácia, realizando a dispensação e o acompanhamento farmacoterapêutico. Os técnicos de farmácia são treinados para separar os medicamentos prescritos e entregá-los aos farmacêuticos. No Brasil a situação pode ser considerada inversa, pois o farmacêutico, estando mais envolvido com a gestão burocrática do medicamento, deixa a dispensação a cargo dos técnicos, dispensando atendimento a menos que seja solicitado pelo usuário. O farmacêutico norte-americano recebe um valor fixo, pago pelo sistema de saúde, para realizar a dispensação dos medicamentos, pois o *Managed Care* não remunera, ainda, a prática da Atenção Farmacêutica. Os medicamentos de venda

livre podem ser comercializados sem a presença do farmacêutico. Ressalta-se, ainda, que 95% dos medicamentos são vendidos nas redes de farmácia e supermercados, enquanto apenas 5% são comercializados nas farmácias independentes, na presença do farmacêutico, ressalta-se ainda que nesse país não há preço fixo para os medicamentos (ANDERSON; GANS, 1997).

Em relação aos medicamentos prescritos nos EUA, 27% são comercializados nas redes de farmácia, 22% nas farmácias independentes, enquanto 51% são dispensados em hospitais, clínicas e por meio do Health Maintenance Organization (HMO). No ano de 1995, cerca de 50% das prescrições tiveram medicamentos substituídos por genéricos, devido às pressões das companhias de saúde pela redução de custo, com isso a intercambialidade tem aumentado todos os anos naquele país. Em 2003, as farmácias do varejo americano venderam US\$ 203 bilhões, dispensando cerca de 3,2 bilhões de prescrições. Porém o governo dos EUA gastou US\$ 1,9 trilhões com saúde em 2004 (10% com medicamentos), cerca de 16% do PIB daquele país (CHRISTENSEN; FERRIS, 2006).

As farmácias norte-americanas têm permissão para realizar exames automatizados de colesterol, triglicérides, HDL-colesterol, LDL-colesterol e glicemia. Esse fato pode favorecer o acompanhamento farmacoterapêutico dos pacientes durante o desenvolvimento da Atenção Farmacêutica (ANDERSON; GANS, 1997). Além disso, segundo Christensen e Ferris (2006), do farmacêutico norte-americano, como prestador de informações, vem aumentando, de 25%, nos anos 1980, para 79%, nos anos 2000.

Entretanto, os EUA gastam cerca de US\$ 76 milhões por ano devido a erros de prescrição ou ao não cumprimento do tratamento farmacoterapêutico. Isso demonstra que o desenvolvimento pleno da Atenção Farmacêutica pode favorecer a redução desses valores para o serviço de saúde (ANDERSON; GANS, 1997).

Em um estudo realizado num serviço de Atenção Farmacêutica nos Estados Unidos (entre junho de 2003 a abril de 2004), com 157 pacientes diabéticos, foi demonstrado que, durante o acompanhamento farmacoterapêutico, houve aumento significativo no número de pacientes com hemoglobina glicada controlada (19% no início do estudo, para 50% no final) e no número de pacientes que alcançaram o valor satisfatório de LDL-colesterol (30% no início para 56% ao final do estudo). Além desses parâmetros, houve aumento no número de pacientes que realizaram exames dos olhos e pés e que iniciaram a utilização de aspirina (KIEL; MCCORD, 2005). Resultados similares foram demonstrados por Clifford e colaboradores (2005) durante o acompanhamento farmacoterapêutico (de 12 meses) de 198 pacientes, atendidos no programa de Atenção Farmacêutica para o controle da doença vascular em pacientes com diabetes *mellitus* tipo 2. Por outro lado, o estudo conduzido por Odegard e colaboradores (2005) não demonstrou diferença significativa nos valores de hemoglobina glicada e adesão

ao tratamento, comparando os pacientes atendidos em um programa de Atenção Farmacêutica *versus* o atendimento convencional em saúde.

A eficácia do *Medication Therapy Management* (MTM), um programa que consiste na troca de informações sobre o acompanhamento farmacoterapêutico por escrito, entre o farmacêutico e o médico por meio do paciente, foi avaliado com base na análise de prescrições de 150 pacientes, os quais utilizavam, em média, 9,3 medicamentos. Com relação ao tratamento farmacoterapêutico, foram realizadas cerca de 659 observações e sugestões, destacando-se: falta de adesão ao tratamento, necessidade de medicamento adicional, fármaco inadequado, medicamento desnecessário, presença de reações adversas, dose subterapêutica e dose elevada. Apesar das recomendações serem pertinentes, os médicos aceitaram apenas 47,4% delas (DOUCETTE et al., 2005).

Outro estudo, realizado num hospital do norte da Califórnia, avaliou as prescrições de 5.473 pacientes com HIV/AIDS, nas quais os autores demonstraram a presença de erros de medicação, assim distribuídos: prescrições dispensadas de forma incorreta representaram 9,8/1000 e contraindicações 9,51/1000. Após a implantação de um programa de Atenção Farmacêutica e de um sistema informatizado de análise de prescrições, os erros praticamente desapareceram, otimizando o tempo para que os farmacêuticos pudessem implementar programas de adesão ao tratamento e investigação de Problemas Relacionados aos Medicamentos (DELORENZE et al., 2005).

A experiência canadense teve início na década de 1970, com a discussão da então denominada “Opinião Farmacêutica”, que se difundiu, progressivamente, pelo país a partir de 1983, evoluindo para a Atenção Farmacêutica. Hoje, em algumas províncias canadenses, como Quebec, Saskatchewan, Nova Escócia, Columbia Britânica e Terra Nova, os farmacêuticos recebem honorários pelo serviço de Atenção Farmacêutica (GARIEPY, 1997).

Um estudo de 1997 descreve que a província de Quebec possuía 7,2 milhões de habitantes, cerca de 800 mil usuários do sistema nacional de seguridade social e, desses, cerca de 600 mil com cobertura também do “*Drug Plan*” (GARIEPY, 1997). Em média, foram dispensadas ou aviadas, com orientação farmacêutica, 34,8 milhões de prescrições por ano, representando um gasto de US\$ 564 milhões com medicamentos. Deste montante, US\$ 232 milhões foram destinados à remuneração do farmacêutico para a realização da dispensação e Atenção Farmacêutica, sendo que os honorários eram repassados quando o farmacêutico demonstrava resultados positivos com o acompanhamento farmacoterapêutico dos pacientes (GARIEPY, 1997). O estudo aponta que 68% das farmácias possuíam o serviço de Atenção Farmacêutica, e o profissional tinha amparo legal para impedir a dispensação de medicamentos prescritos na receita quando detectava algum problema previsto por lei, tais como: alergia ao medicamento, prescrição equivocada, antecedentes de insucesso com o

medicamento, interações medicamentosas, erros de dose e utilização excessiva de medicamentos pelo paciente. O valor do honorário era fixado pelo serviço de saúde, dependendo do tipo de intervenção (GARIEPY, 1997). Um estudo realizado pela Universidade de Laval demonstrou que 69% das intervenções do farmacêutico no tratamento farmacológico representaram redução de custos para o serviço de saúde e 12% delas não alteraram o custo final do tratamento (GARIEPY, 1997).

Segundo estudo realizado em 2003, existia no Canadá uma farmácia comunitária para cada 4.176 pessoas. Os gastos com medicamentos representavam, nesse mesmo ano, cerca de US\$ 20 bilhões, sendo que o custo com saúde no país representava 10% do PIB. O custo per capita com medicamentos situava-se em US\$ 200 por ano para o setor público e US\$ 340 para o setor privado. O farmacêutico canadense recebia em média US\$ 8,70 por atendimento, baseado na informação escrita acompanhada da explicação verbal de como utilizar os medicamentos. Um estudo de 2005 aponta um aumento na oferta dos serviços farmacêuticos nas farmácias comunitárias canadenses (JONES; MACKINNON; TSUYUKI, 2005).

Na Espanha, país que tem sido considerado referência para vários pesquisadores no Brasil, a Atenção Farmacêutica foi encarada como uma oportunidade de demonstrar o valor do profissional farmacêutico no controle dos medicamentos junto à equipe de saúde. Entretanto, além do farmacêutico, todos os profissionais da farmácia devem estar dispostos a realizar a Atenção Farmacêutica, contrariando a posição de outros grupos que consideram essa prática como atividade privativa do profissional farmacêutico. Na implantação da Atenção Farmacêutica, foram adotados alguns procedimentos como: elaboração de ficha de acompanhamento farmacoterapêutico, uso da informática como ferramenta para coleta de dados e termo de consentimento por escrito do paciente solicitando a Atenção Farmacêutica (ROMERO, 1997 apud PERETTA; CICCIA, 1998). Esses procedimentos visavam documentar que a Atenção Farmacêutica é imprescindível durante o tratamento farmacológico, e que esse serviço traz melhorias para a saúde dos pacientes, com um custo quando comparado aos benefícios alcançados com sua prática (ROMERO, 1997 apud PERETTA; CICCIA, 1998).

Badia Llach e colaboradores (2005) realizaram um estudo, na Espanha, com 1.069 pacientes, dos quais 52,9% relataram que foram orientados de forma inadequada quanto à utilização, efeito e reações adversas dos medicamentos. As informações foram transmitidas por meio de folhetos educativos (75,9%), médicos (54,9%), farmacêuticos (17,4%) e enfermeiras (6,7%). Com base nesses resultados, os autores advogam a favor da implantação da Atenção Farmacêutica como estratégia para melhorar esse quadro, colocando o farmacêutico como ator principal desta atividade.

Contudo, Machuca (2011) ressalta que, apesar de o governo espanhol obrigar os farmacêuticos a desenvolverem o seguimento farmacoterapêutico aos pacientes desde 1997, cerca de 70% dos estudantes de farmácia não possuem formação assistencial adequada. Ainda, segundo o autor, a universidade não tem condições de atender às legislações que obrigam essa formação para o farmacêutico. Muitas universidades da Espanha preferem fornecer a formação assistencial em cursos de pós-graduação, quando seria mais interessante oferecer essa formação durante a graduação, formando um profissional generalista, aliando conhecimento prático no mesmo nível daqueles oferecidos pelos outros países da União Europeia.

Nos EUA, a avaliação dos benefícios da Atenção Farmacêutica, realizada no período de janeiro de 2000 a dezembro de 2003, da qual participaram 2.985 usuários, demonstrou que 61% dos pacientes apresentaram pelo menos um problema farmacoterapêutico, identificado e solucionado, sendo que 83% mantiveram suas doenças controladas durante o período em estudo. Além disso, os pesquisadores evidenciaram, também, redução significativa dos custos na ordem de US\$ 1.134.162,00 (STRAND et al., 2004).

Na Espanha, diversos estudos apresentaram resultados positivos, obtidos com a Atenção Farmacêutica. O acompanhamento farmacoterapêutico, por 12 meses, de 183 pacientes com asma proporcionou aumento significativo no conhecimento da enfermidade pelos pacientes e na adesão ao tratamento, com reflexo positivo na melhora da qualidade de vida (MANGIAPANE et al., 2005).

Na Suécia, existe cerca de uma farmácia para cada 10 mil habitantes, sendo que o custo dos medicamentos naquele país encontra-se entre os menores da Europa. Anteriormente, as farmácias enfatizavam suas atividades na prevenção, identificação e resolução dos Problemas Relacionados aos Medicamentos, sendo desenvolvido um sistema de classificação em 1995. Entretanto, a partir de 2006, os estudos sobre Atenção Farmacêutica passaram a avaliar também as intervenções farmacêuticas (WESTERLUND; BJORK, 2006).

Na França, Daurel-Receveur e colaboradores (2005) avaliaram em estudo retrospectivo, envolvendo 2.381 casos de reações adversas relatados ao serviço de farmacovigilância, entre os anos de 1985 e 2001, envolvendo pacientes com idade superior a 75 anos. O estudo verificou que a classe dos inibidores da recaptção seletiva de serotonina contribuiu com 44%, a classe dos antidepressivos tricíclicos 25%, inibidores da MAO 2% e outros antidepressivos com 27%.

A Estônia, pequeno país europeu localizado ao Sul da Finlândia e que obteve a independência da União Soviética em 1991, apresenta algumas semelhanças com o Brasil devido ao rápido envelhecimento da população e ao investimento de cerca de 5% do Produto Interno Bruto (PIB) em saúde, valor reduzido comparado aos outros países europeus, que utilizam por volta de 9% do

PIB para manter o sistema sanitário. Outra semelhança é a recente organização do sistema nacional de saúde, iniciada em 1992, com a descentralização e a implantação da medicina de família em 1997. O governo recolhe cerca de 33% de imposto (taxa social) de cada trabalhador, utilizando 13% para os custos da saúde e 20% para o pagamento das pensões. O custo com medicamentos na Estônia alcança cerca de US\$ 160 per capita ao ano, sendo que a lista de medicamentos reembolsáveis pelo governo possui cerca de 1.800 itens. Em relação aos serviços farmacêuticos, estudos apontam que os farmacêuticos são responsáveis pelas informações sobre dose e indicação dos medicamentos, geralmente em distúrbios menores, sendo que a preferência do consumidor naquele país está baseada em produtos fitoterápicos. Além disso, um estudo de 2005 apontou que a população na Estônia estava pouco interessada em receber Atenção Farmacêutica na farmácia comunitária (VOLMER et al., 2008).

5.3 Algumas experiências farmacêuticas no contexto do SUS

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), foi criado em 2004 com a finalidade de realizar trabalhos científicos para evidenciar a importância dos farmacêuticos clínicos no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS). Em um estudo foram acompanhados 64 pacientes diabéticos, divididos em dois grupos (intervenção e controle). Ao final do acompanhamento, observou-se que a presença do farmacêutico foi decisiva para a redução significativa da glicemia de jejum e da hemoglobina glicosilada nos pacientes do grupo intervenção (BORGES et al., 2010).

O custo direto médio dos pacientes que receberam a Atenção Farmacêutica não sofreu variação durante os 12 meses de acompanhamento, mantendo-se em US\$ 11,40 *per capita*. Entretanto, nos pacientes do grupo controle, o custo direto médio aumentou de US\$ 8,90 para US\$ 10,80 per capita durante o estudo. Mesmo com esses valores, os pacientes que não receberam a Atenção Farmacêutica tiveram um custo médio inferior ao grupo intervenção (BORGES et al., 2011). Esses resultados consideraram apenas o custo direto. Provavelmente, num estudo com tempo estendido, e considerando os resultados clínicos e os custos indiretos, tais como internação hospitalar para controle de agravos, o impacto econômico poderia ser ampliado em favor do grupo intervenção. Entretanto, sabe-se que a curto prazo as chances de encontrar redução de custos com a implantação da Atenção Farmacêutica são extremamente reduzidas.

Em outro estudo sobre o tratamento farmacológico de 3.982 pacientes diabéticos, atendidos pelo SUS, com média de idade de 60,6 anos, sendo 61% do sexo feminino e 60% tratados com monoterapia, observou-se que a dose dos antidiabéticos orais e da insulina era maior nos pacientes que utilizavam maior número de fármacos, o que indica a progressão do diabetes associada à piora do manejo da doença (GUIDONI et al., 2012).

Um estudo com 9.560 pacientes, atendidos pelo SUS, que utilizavam inibidores da enzima conversora de angiotensina, apontou que cerca de 40% apresentavam risco de desenvolver interação medicamentosa, o que poderia prejudicar o tratamento da hipertensão arterial (OLIVERA et al., 2010).

Nessa mesma linha de pesquisa, foi analisado o perfil de 7.531 usuários de hidroclorotiazida atendidos pelo distrito sanitário oeste do município de Ribeirão Preto-SP (MARTINS et al., 2011) e o perfil dos usuários que receberam a dispensação de benzodiazepínicos e antidepressivos, no mesmo distrito paulista (NETTO et al., 2012). Também as prescrições medicamentosas realizadas aos pacientes diabéticos de uma unidade de saúde do SUS, em Ribeirão Preto-SP, foram analisadas (PEREIRA et al., 2005). Em todos esses trabalhos realizados na atenção primária foi evidenciado que a presença do farmacêutico poderia melhorar o manejo do tratamento farmacológico.

Um estudo realizado com pacientes hospitalizados entre os anos de 2004 e 2010 observou que 3.048 indivíduos utilizaram varfarina nesse período, sendo que 22,5% dos pacientes apresentaram International Normalized Ratio (INR) acima de 3,0 e, em adição, 48,2% dos sujeitos que receberam varfarina eram idosos e a média de medicamentos por prescrição foi de 7,2, o que aumenta o risco potencial de interações medicamentosas (GUIDONI; OBRELI-NETO; PEREIRA, 2014).

A análise de prontuários de 7.431 pacientes que utilizaram midazolam entre agosto de 2001 e julho de 2002 no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP), mostrou que 0,35% (26 pacientes) receberam a prescrição de flumazenil, considerado antídoto dos benzodiazepínicos, após 24 horas da administração de midazolam, demonstrando presença de reações adversas devido a prováveis interações medicamentosas ou doses elevadas. O acompanhamento farmacoterapêutico poderia reduzir ou até evitar essas reações adversas descritas nesses dois estudos (KAWANO et al., 2009).

A utilização de medicamentos para controlar a epilepsia em pacientes acompanhados pelo Ambulatório de Epilepsia de Difícil Controle do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP), foi avaliada para 112 pacientes, dos quais 60,7% utilizavam mais que três medicamentos, e a carbamazepina foi prescrita a 72,3% dos pacientes (FREITAS-LIMA et al., 2013a). Outro estudo realizado

com pacientes epiléticos avaliou a concentração plasmática da lamotrigina, entretanto apenas 68% dos pacientes apresentavam os valores de lamotrigina adequados e 25% estavam com a concentração de lamotrigina abaixo da recomendada, provavelmente devido a interação desse medicamento com a lamotrigina (FREITAS-LIMA et al., 2013b).

A intercambialidade entre os medicamentos parece simples, porém pode ocasionar desconfiança em alguns pacientes sobre a manutenção da efetividade terapêutica, além de confusão devido a troca do formato e das cores da forma farmacêutica, dificultando a adesão. No SUS, onde os medicamentos são adquiridos por processos de licitação, a intercambialidade é comum, geralmente ocorrendo entre dois similares. Sendo assim, a presença do farmacêutico é fundamental para orientar os pacientes, principalmente os idosos, que tendem a utilizar uma quantidade maior de medicamentos.

A análise das concentrações plasmáticas e no número das crises epiléticas mostrou que houve variação não significativa, entretanto quando havia a troca das formulações os pacientes ficavam receosos e esse fator pode interferir no tratamento (GIROLINETO et al., 2010). Em relação à qualidade de vida dos pacientes, constatou-se que, apesar de variar durante a troca das formulações, esta não foi considerada estatisticamente significativa (GIROLINETO et al., 2012).

Portanto, considerando o cenário atual, pode-se afirmar que as legislações e as fiscalizações dos Conselhos Regionais de Farmácia, que recomendam a presença integral dos farmacêuticos nas farmácias, tornam o momento favorável, deve ser utilizado para estimular a mudança do perfil desse profissional, aproximando-o do paciente visando a prevenção e promoção de saúde, utilização racional do medicamento e o desenvolvimento gradual da Atenção Farmacêutica em todas as suas vertentes.

Esse fato pôde ser evidenciado em um estudo envolvendo 486 farmácias dos municípios de Ribeirão Preto-SP, Araraquara-SP, Londrina-PR e Alfenas-MG, encontrando o farmacêutico presente em 85% desses estabelecimentos (MARQUES, 2013).

O Brasil apresenta cerca de um farmacêutico para cada 1.700 habitantes, e renda per capita para o consumo de medicamentos de US\$ 51 por ano. Segundo a Comissão Nacional de Ensino do Conselho Federal de Farmácia (CFF), em 1996, o Brasil possuía 55 faculdades de Farmácia (29 públicas). Em 2007 eram 292,¹ sendo 70 escolas públicas, contribuindo para a formação de 10 mil farmacêuticos por ano (CASTRO; CORRER, 2007), sendo que mais de 70% estão alocados nas farmácias e drogarias.

¹ Dados do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais (INEP) indicam a existência, em 2013, de 441 cursos de Farmácia no país (BRASIL, 2014).

Apesar desses números, o farmacêutico ainda é um profissional desconhecido pela população, por estar mais preocupado com a gestão administrativa dos medicamentos, deixando em segundo plano o uso racional, a dispensação e o acompanhamento farmacoterapêutico. Um estudo realizado com 110 pacientes com doença inflamatória intestinal, entrevistados no HCFMRP-USP, nenhum respondeu que buscava informações sobre os medicamentos com os farmacêuticos. Nesse trabalho os profissionais mais lembrados foram os médicos, seguidos pelos enfermeiros, nutricionistas e assistentes sociais (DEWULF et al., 2009).

Um outro estudo ilustra a ausência dos farmacêuticos na gestão clínica da terapêutica, trazendo prejuízos, principalmente, quando se trabalha com uma população especial de pacientes, como as crianças. Nesse estudo foram avaliados 6.637 pacientes pediátricos internados, sendo que 287 crianças receberam pelo menos um antiepiléptico considerado não licenciado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e Food and Drug Administration (FDA) durante o período de internação, o que representou cerca de 50% da população que utilizou antiepilépticos. Entretanto, com relação à classificação *off-label*, houve discrepância entre as agências, sendo o FDA mais restritivo do que a Anvisa, pois, segundo a agência norte-americana, cerca de 40% das prescrições foram *off-label*, contra menos de 1% da Anvisa. Esse fato ressalta que as equipes de saúde ainda carecem de um profissional que conheça o uso adequado dos medicamentos, bem como das legislações vigentes para auxiliar nas prescrições (BORGES; CAMPOS; PEREIRA, 2013).

Em uma pesquisa realizada em Ribeirão Preto-SP, Araraquara-SP, Londrina-PR e Alfenas-MG foram entrevistados 112 farmacêuticos que atuavam em drogarias e farmácias comunitárias. Quase metade dos participantes (48,2%) situavam-se na faixa etária entre 20 e 30 anos, ou seja recém-formados e 78,6% não apresentavam conhecimento satisfatório para desenvolver as atividades de dispensação (REIS, 2013).

Nessa mesma linha de pesquisa, um estudo utilizando a técnica do paciente simulado avaliou a qualidade da dispensação de contraceptivos orais junto às drogarias. Dos 41 farmacêuticos avaliados, apenas três realizaram perguntas à paciente simulada, mesmo assim nenhum deles preocupou-se com os valores de pressão arterial. Cinco farmacêuticos orientaram a paciente com relação à dose e outros dois profissionais informaram as possíveis reações adversas do contraceptivo oral, o que ressalta a ausência de dispensação nas drogarias brasileiras, tornando-se comum apenas a entrega do medicamento (OBRELI-NETO et al., 2013).

Os resultados desses estudos demonstram que o farmacêutico precisa conhecer a comunidade em que desenvolve suas atividades, bem como quais as características desses usuários na utilização dos medicamentos. Sendo assim,

torna-se mais fácil realizar a dispensação e o acompanhamento, melhorando a adesão ao tratamento e reduzindo as reações adversas desses pacientes, contribuindo para o manejo adequado das doenças crônicas mais prevalentes no país.

5.4 O potencial para a implementação da Atenção Farmacêutica no contexto do SUS

A implantação do SUS, no final da década de 1980, baseada nos critérios de integralidade, igualdade de acesso e gestão democrática; a Política Nacional de Medicamentos e a Política Nacional de Assistência Farmacêutica, a qual foi definida como parte integrante das políticas de saúde, possibilitaram ao farmacêutico não só participar de maneira mais efetiva da saúde pública, mas também desenvolver formas específicas de tecnologia, envolvendo os medicamentos e seus desdobramentos na prestação de serviços de saúde (MARIN et al., 2003). No entanto, a implementação dessas tecnologias ainda é incipiente.

A primeira vez que um conjunto de forças da Sociedade Civil e do Estado se reuniu para discutir o estabelecimento de uma política de Assistência Farmacêutica e de Medicamentos foi no Encontro Nacional de Assistência Farmacêutica e Política de Medicamentos, ocorrido em Brasília, no ano de 1988. Nesse evento definiram-se a Assistência Farmacêutica e a Política de Medicamentos como instrumentos estratégicos na formulação das políticas de saúde.

Diante dessa nova realidade, as unidades de saúde, como executores da Atenção Primária cumprem um papel relevante ao responder por uma grande demanda de procedimentos. Constituem, assim, “uma forma tecnologicamente específica de atenção que envolve síntese de saberes e complexa integração de ações individuais e coletivas, com finalidades curativas e preventivas, assistenciais e educativas” (SCHRAIBER et al., 1996). Dentre essas ações, obviamente, incluem-se aquelas ligadas ao medicamento, acesso e uso racional.

A tecnologia de uso dos medicamentos, mais especificamente referente ao processo de atendimento, representado pela relação direta entre o farmacêutico e o usuário do medicamento, é enfatizada como a atividade mais importante do farmacêutico, pois este é o detentor privilegiado do conhecimento sobre o medicamento (HARDLING; TAYLOR, 1997).

No entanto, esta tecnologia ainda é incipiente ou inexistente, tanto no sistema público quanto no privado, devido, em parte, às dificuldades encontradas em traduzir conhecimento formal em atividade e ações junto ao público. Como

reflexo dessa dificuldade, a literatura versando sobre o assunto é escassa e as existentes retratam, principalmente, o atendimento em farmácias comerciais de países subdesenvolvidos, onde a interação entre os profissionais e usuários é rudimentar, prevalecendo uma relação meramente comercial (KAMAT; NICHTER, 1998).

Nos países desenvolvidos, o quadro varia de acordo com a época e o método de abordagem. No entanto, como regra geral, o processo de atendimento aos usuários do serviço de saúde pública tem apresentado uma comunicação unidirecional do farmacêutico para o paciente não diferindo, na essência, dos países subdesenvolvidos (DEYOUNG, 1996; BISSEL et al., 2000).

Nos EUA, um documento publicado em 1998 pelas entidades farmacêuticas destacava cinco práticas que deveriam ser realizadas pelos profissionais, a saber: Atenção Farmacêutica; gerenciamento da prática; gerenciamento do uso dos medicamentos; promoção da Saúde Pública; informação e Educação Farmacêutica. Além disso, o mesmo documento que serve de diretriz para as escolas de Farmácia ressaltava sete habilidades que o farmacêutico deveria possuir. São elas: raciocínio clínico, comunicação, ética, consciência social, responsabilidade social, interação social e auto-avaliação para aprendizagem. Em 2004 esse documento foi revisado por essas entidades, ressaltando que deveria ter uma ligação entre a teoria e a prática farmacêutica (BRUCE et al., 2006).

Acompanhando a tendência mundial, o Brasil vive um movimento de intensa reestruturação na área do medicamento que permeia o sistema de saúde, envolvendo a formação prática dos profissionais de saúde, o bem-estar e a qualidade de vida. No caso específico dos farmacêuticos, pode-se afirmar que esses profissionais começaram a ocupar um papel de destaque após a VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986 (BEZZEGH; GOLDENBERG, 2011), devido às discussões que ressaltavam a importância de construir uma Assistência Farmacêutica de qualidade.

No Encontro sobre a Política Nacional de Medicamentos, em 1988, foi discutida a Assistência Farmacêutica, sendo definida como: “grupo de atividades relacionadas com o medicamento, destinada a apoiar as ações de saúde demandadas por uma comunidade. Envolve o abastecimento de medicamentos em todas e em cada uma de suas etapas constitutivas, a conservação e controle de qualidade, a segurança e a eficácia terapêutica dos medicamentos, o acompanhamento e avaliação da utilização, a obtenção e a difusão de informação sobre medicamentos e a educação permanente dos profissionais de saúde, do paciente e da comunidade para assegurar o uso racional de medicamentos” (BRASIL, 2001a).

De acordo com essa definição, pode-se compreender que a Assistência Farmacêutica é ampla e a prática da Atenção Farmacêutica encontra-se inserida

no contexto da Assistência Farmacêutica. Essa visualização torna-se mais evidente quando se observa o ciclo da Assistência Farmacêutica.

Para que a Assistência Farmacêutica seja de qualidade, além de recursos disponíveis e planejamento adequado, deve-se seguir corretamente as ações de seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição, prescrição, dispensação e utilização dos medicamentos. Dessa forma, pode-se evidenciar que a Atenção Farmacêutica está presente na etapa final da Assistência Farmacêutica, ou seja, no momento da dispensação e utilização dos medicamentos. Na análise conjuntural da Assistência Farmacêutica, pode-se distinguir duas áreas imbricadas, porém distintas, tais como: a) tecnologia de gestão, que tem como objetivo central garantir o abastecimento e o acesso aos medicamentos e, b) tecnologia do uso do medicamento, cujo objetivo final é o uso correto e efetivo dos medicamentos. A execução da última depende da primeira, uma vez que a disponibilidade do medicamento é fruto da gestão (ARAÚJO et al., 2006).

Nos países em desenvolvimento, como o Brasil, busca-se uma Assistência Farmacêutica, plena e de qualidade, garantindo principalmente, acesso da população aos medicamentos da atenção primária, pois, com o fortalecimento da Assistência Farmacêutica será possível aprofundar as discussões para a implantação de uma Atenção Farmacêutica, sólida em nosso país. Desse modo, o desenvolvimento da Atenção Farmacêutica pode ser uma forma de os farmacêuticos recuperarem seu papel junto à farmácia comunitária (ANGONESI, 2005).

Observa-se, segundo achados na literatura, que a tecnologia da gestão do medicamento no Brasil está num processo mais avançado que a tecnologia do uso. A dispensação, segundo Dupim (1999), deveria ser um elo, finalizando o processo de gestão e sendo o ponto de partida para os outros serviços do farmacêutico, como o acompanhamento da terapêutica. Entretanto, a dispensação ainda continua sendo tratada como um ato de entrega de um produto sem a informação necessária (ANGONESI; RENNÓ, 2011), apesar de a Organização Mundial da Saúde (OMS) e de o Ministério da Saúde ressaltarem a todo momento a importância dessa atividade para o uso racional dos medicamentos.

Segundo a OMS, além de entregar o medicamento, o farmacêutico deve oferecer todas as informações necessárias para que o paciente consiga utilizá-lo de maneira adequada. A Política Nacional de Medicamentos no Brasil ampliou esse conceito, inserindo a dispensação no contexto da Assistência Farmacêutica. Segundo Angonesi e Rennó (2011), a dispensação ideal deve aliar o caráter técnico do procedimento de entrega, com a garantia do recebimento do medicamento ou dispositivo dentro dos padrões de qualidade, segurança e orientações que promovam o uso adequado e apropriado dos medicamentos, devendo o farmacêutico responsabilizar-se por educar o paciente sobre a farmacoterapia.

Arias (1999) compreende que a dispensação é o ato farmacêutico de distribuir um ou mais medicamentos a um paciente, geralmente como resposta à apresentação de uma prescrição elaborada por um profissional autorizado. Neste ato, o farmacêutico informa e orienta o paciente sobre o uso adequado do medicamento. São elementos importantes dessa orientação, entre outros, a ênfase no cumprimento da dose e as possíveis interações com outros medicamentos ou alimentos e o reconhecimento de reações adversas potenciais e as condições de conservação do produto. Soares e colaboradores (2013) propõem uma reflexão teórica sobre a dispensação de medicamentos no SUS, desenvolvendo um modelo de serviço de dispensação, na qual inclui a clínica farmacêutica.

Esse fato, aliado à implantação e implementação do SUS, à publicação da Política Nacional de Medicamentos e à reestruturação das diretrizes curriculares dos cursos da área de saúde, em especial a farmacêutica, pode mudar a realidade dessa área no país, pois a Atenção Farmacêutica foi incluída como disciplina nos cursos de Farmácia, a partir da implantação da formação generalista, por meio da Resolução CNE/CES nº 02/2002 do Ministério da Educação.

Esse cenário favorece mudanças e abre possibilidades para a introdução de novas práticas na atenção primária à saúde. No entanto, a estruturação atual das unidades de saúde do SUS dificulta a implantação do modelo tecnológico da Atenção Farmacêutica, principalmente diante da estrutura física inadequada e da ausência de capacitação do farmacêutico nesta área de interesse.

Na maioria das unidades de saúde, o fluxo de usuários é alto e os recursos humanos escassos, portanto o tempo de atendimento é sacrificado em benefício do processo de gestão. O serviço farmacêutico é o elo final da cadeia, e o usuário, quase sempre cansado pela espera na fila da farmácia ou das consultas, está mais preocupado com a redução do tempo do que com a orientação propriamente dita. Nesta realidade, o tempo investido na orientação pode representar para o usuário maior desconforto e para o farmacêutico maior probabilidade de reclamações (ARAÚJO et al., 2006).

Quando a estrutura do sistema de saúde favorece a ampliação das atividades dos farmacêuticos, é comum se deparar com profissionais não preparados, geralmente especializados na tecnologia de gestão do medicamento. Torna-se imperativo que o farmacêutico mantenha-se atualizado, buscando informações em artigos científicos, principalmente nas revisões sistemáticas. Estudos sobre farmacoepidemiologia auxiliam na discussão sobre disponibilidade e uso racional dos medicamentos (BALDONI et al., 2011). A revisão sobre fontes de informações em interações medicamentosas possibilitam buscar a informação sobre os medicamentos e as interações para melhorar a segurança sobre o uso racional dos medicamentos (GUIDONI et al., 2011).

No mesmo sentido, vale buscar informações sobre como minimizar os acidentes com os medicamentos, ressaltando os conceitos de reações adversas e

erros de medicação (KAWANO et al., 2006). Entre as atividades realizadas pelos farmacêuticos na dispensação dos medicamentos, uma das mais importantes é avaliar se o tratamento farmacológico está sendo cumprido de forma adequada pelos pacientes. As revisões sobre os métodos disponíveis para avaliar a adesão ao tratamento, e qual deles o farmacêutico poderia utilizar auxiliam nessa tarefa (OBRELI-NETO et al., 2012).

Outro problema atual enfrentado pelos farmacêuticos no SUS é o envelhecimento da população, que está acontecendo de forma mais rápida no Brasil quando comparado ao que foi observado nos países desenvolvidos. Esse fato exigirá uma formação diferenciada dos profissionais de saúde, além de maiores investimentos do Governo Federal, pois os idosos tendem a utilizar mais o serviço de saúde. O uso dos medicamentos nessa população especial, os riscos da utilização dos medicamentos em idosos, o impacto do envelhecimento populacional para o SUS no que diz respeito ao uso de medicamentos são temas fundamentais (PEREIRA et al., 2004; BALDONI et al., 2010; BALDONI; PEREIRA, 2011). Um estudo com 1.000 pacientes idosos comparou os medicamentos utilizados por esses indivíduos. Segundo os critérios de Beers de 2003 e 2012, os medicamentos inapropriados para essa população aumentou de 48,0% para 59,2%, considerando os dois critérios respectivamente (BALDONI et al., 2014).

Uma pesquisa em farmácias do SUS demonstrou que o trabalho do farmacêutico está centrado na tecnologia de gestão do medicamento, no sentido de disponibilizar e garantir o acesso. Mesmo nas atividades de orientação, foi observada uma predominância de instruções no sentido do controle quantitativo do medicamento, sendo as regras ditadas de forma unilateral (ARAÚJO et al., 2006; 2008).

No Brasil, uma avaliação realizada com 450 usuários de 15 Unidades Básicas de Saúde de Brasília, das quais somente duas tinham farmacêutico, demonstrou que, dos medicamentos prescritos, apenas 61,2% foram dispensados, sendo 85,3% pertencentes à Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename) e somente 18,7% dos pacientes tinham entendido integralmente a prescrição. O tempo total envolvido na dispensação foi em média de 53,2 segundos. Com base nessas informações, os autores concluíram que um dos problemas principais relacionados ao medicamento ainda é o acesso ao medicamento. O não entendimento da prescrição pode ser atribuído ao tempo investido na dispensação, principalmente considerando que a prescrição pode conter vários medicamentos (NAVES; SILVER, 2005).

Portanto, antes da implantação da Atenção Farmacêutica, é necessário garantir o acesso do usuário ao serviço de saúde e ao medicamento, investir maior tempo no diálogo com o paciente e conscientizar o profissional farmacêutico de sua responsabilidade no processo. Essa conscientização deve ser iniciada

no curso de graduação, e as tecnologias devem ser adequadas e baseadas no acolhimento e nas necessidades dos usuários, pois qualquer serviço de saúde é espaço de alta densidade tecnológica, que deve ser colocada a serviço da vida dos cidadãos. Essa mudança não depende só da prática do farmacêutico, e sim, do serviço como um todo, empenhado no estabelecimento de uma relação de confiança e respeito mútuo entre o usuário e o provedor do cuidado, permitindo a superação das barreiras que impedem o estabelecimento do diálogo. Porém, para o exercício desta atividade, o farmacêutico precisa estar consciente de sua responsabilidade no processo desde a graduação.

5.5 O futuro do farmacêutico e a sedimentação das atividades clínicas no Brasil

Os farmacêuticos necessitam vencer as barreiras da gestão e investir também no acompanhamento farmacoterapêutico, pois, segundo Oliveira e colaboradores (2005), a implantação da Atenção Farmacêutica nas farmácias comunitárias enfrenta obstáculos que incluem o vínculo empregatício do profissional farmacêutico e a rejeição dessa prática por gerentes e proprietários. Aliam-se a esses fatores a insegurança e a desmotivação por parte dos farmacêuticos, devido ao excesso de trabalho e a falta de tempo para se dedicar ao atendimento, perdendo a concorrência para os balconistas em busca de comissões sobre vendas. Portanto, existe a clara necessidade de estimular a atuação do profissional nessa área, principalmente aquele que está alocado nas farmácias e drogarias. Em paralelo, a sensibilização dos acadêmicos para a importância de buscar essa formação pode ser um passo importante para o sucesso da Atenção Farmacêutica e o reconhecimento da sociedade, pois uma grande parte dos formandos são absorvidos por esse campo de trabalho (OLIVEIRA et al., 2005).

No Brasil, há farmacêuticos que buscam alternativas para desenvolver a Atenção Farmacêutica isoladamente, entretanto, pode-se observar que, na maioria dos casos, esse novo processo está associado às universidades e a seus docentes. De maneira geral, podemos considerar que a atividade de Atenção Farmacêutica ainda é incipiente no Brasil, tanto no setor público quanto no privado. Para a implementação efetiva da Atenção Farmacêutica no setor público, deve-se conscientizar os gestores de que esta atividade reduz custos para o sistema saúde e melhora a qualidade de vida. No setor privado, pode representar o diferencial de atendimento, que contribui para a fidelização do cliente.

Se a dispensação é um momento tão importante do processo terapêutico, por que os farmacêuticos têm tanta dificuldade para desempenhar essa atividade

de forma adequada? Para a resposta a essa questão, deve-se observar e entender o mercado dos medicamentos no Brasil, bem como as atividades desempenhadas pelos farmacêuticos nesses estabelecimentos responsáveis pela dispensação dos medicamentos e insumos farmacêuticos.

Para que a dispensação seja realizada de forma adequada, o farmacêutico deve estar disponível para o atendimento dos pacientes no balcão da farmácia, contudo, dessa forma, ele não poderia acumular funções administrativas ou gerenciais (ANGONESI; RENNÓ, 2011). Entretanto, na realidade brasileira tornou-se comum a contratação de farmacêuticos para a realização de controle de estoque ou da documentação legal, seja na iniciativa privada ou no setor público.

A dispensação parece um procedimento simples, porém necessita de tempo para ser realizado, e quanto maior o tempo dedicado a esse processo, maior a qualidade da dispensação. Além do tempo, a habilidade e o conhecimento do farmacêutico pode interferir na qualidade do processo (GOKCEKUS et al., 2012).

Quando o farmacêutico é o único profissional do local, torna-se mais complicado realizar as atividades de gerenciamento e dispensação, mas, na maioria das farmácias, existem outros profissionais, como os técnicos que podem auxiliar nestas atividades gerenciais e administrativas, inclusive no registro da movimentação de medicamentos controlados, sob supervisão do farmacêutico. Entretanto, para que o fato de delegar atividades gerenciais e administrativas tenha êxito, torna-se fundamental que o farmacêutico invista uma parte do tempo na educação continuada de sua equipe técnica, pois, dependendo do treinamento, os técnicos também estarão aptos a auxiliarem na dispensação, realizando o acolhimento dos pacientes, iniciando o processo de dispensação e selecionando aqueles que necessitam do atendimento farmacêutico (ANGONESI; RENNÓ, 2011).

Uma pesquisa realizada em 2007, na cidade de Fortaleza-CE, demonstrou que a maioria dos farmacêuticos, durante o processo de dispensação, não coletam informações consideradas essenciais para prevenir o surgimento de agravos durante a utilização dos medicamentos. Além disso, o mesmo estudo identificou que, em 97% dos atendimentos, os pacientes não tomam a iniciativa de questionar, colaborando para transformar o processo de dispensação em mera entrega de medicamento, aumentando o risco de uso inadequado dos medicamentos (ARRAIS et al., 2007).

Para transformar essa realidade, além de desenvolver habilidades de comunicação, torna-se fundamental construir uma relação de empatia para o usuário, tornando o processo de dispensação um procedimento eficiente. Além disso, o conhecimento sobre os medicamentos e as doenças é importante para o desenvolvimento de um processo de dispensação que contemple uma relação

de confiança e tenha como objetivo o uso racional de medicamentos. Diante disso, pode-se concluir que as lacunas de conhecimento contribuem para que o farmacêutico tenha dificuldades em prevenir, identificar e resolver os problemas relacionados à farmacoterapia e, conseqüentemente, exercer adequadamente sua atividade (GALATO et al., 2008).

Além da disponibilidade, da força de vontade e da presença de um pessoal qualificado e treinado, o farmacêutico responsável pela dispensação deve ter conhecimento técnico, habilidade de comunicação com pacientes e outros profissionais de saúde, além de liderança para coordenar a equipe de auxiliares. Além disso, torna-se fundamental a empatia aliada à formação humanística, sabendo acolher e ouvir o paciente (ANGONESI; RENNÓ, 2011).

Vale ressaltar que o Ministério da Saúde investiu na qualificação e capacitação dos farmacêuticos do SUS, nos últimos anos, porém torna-se necessário uma política para aumentar a formação e a qualificação de docentes e pesquisadores dessa área. A criação do Programa Nacional de Pós- Graduação em Assistência Farmacêutica e da Rede Brasileira de Assistência Farmacêutica e Vigilância de Medicamentos constituem iniciativas neste sentido.

Aliado a isso torna-se fundamental a inserção da área de Assistência Farmacêutica junto às agências de fomento, para facilitar a obtenção de recursos financeiros para a realização de pesquisas e conseqüente aumento e melhora da qualidade da produção científica.

As universidades precisam, também, assumir seu papel frente a sociedade e proporcionar uma formação mais adequada aos graduandos de Farmácia, participando de programas como o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) e o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), além de fornecer estágios e ampliar a opção de disciplinas na área de Assistência Farmacêutica, como existe, atualmente, para as áreas de indústria e análises clínicas, permitindo aos farmacêuticos do futuro perceberem suas reais atribuições dentro do SUS, principalmente frente aos usuários e aos demais profissionais de saúde.

Entretanto, se pensarmos no setor público, torna-se fundamental que os concursos público, realizados pelas prefeituras municipais, sejam mais bem elaborados, com questões direcionadas para que sejam aprovados aqueles farmacêuticos que apresentam o perfil adequado para o trabalho no SUS. Muitos farmacêuticos aprovados nesses concursos são motivados apenas pelo salário, esquecendo que estão dentro das unidades de saúde para estimular a utilização racional do medicamento e melhorar a qualidade de vida dos pacientes.

Um estudo demonstrou a desigualdade que existe entre os municípios brasileiros, apesar de o número de publicações científicas, relacionadas à área de Assistência Farmacêutica no Brasil, ter apresentado crescimento nos últimos anos. Esse fato pode ser evidenciado por meio de um rápido levantamento

bibliográfico junto a um sítio nacional de buscas de artigos científicos, disponível em: <www.scielo.br>, utilizando os descritores “Assistência Farmacêutica” e “Uso Racional de Medicamento” (OSORIO-DE-CASTRO et al., 2014).

Foram encontrados 68 artigos científicos publicados até 14/02/2013, sendo que 84% destes foram publicados a partir de 2008, confirmando as informações descritas anteriormente sobre o crescimento recente da produção científica nacional. Os periódicos *Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences*, *Ciência & Saúde Coletiva*, *Cadernos de Saúde Pública* e *Revista de Saúde Pública* foram responsáveis pela publicação de, aproximadamente, 70% desses artigos científicos.

Quando se divide essa produção científica pelas regiões brasileiras, observa-se que a região Sudeste apresenta 56% dos artigos publicados, seguida pelas regiões Sul (25%), Nordeste (12%) e Centro-Oeste (7%). A Região Norte não apresenta publicações científicas na área, demonstrando a desigualdade existente no país. Esses resultados ressaltam a necessidade da distribuição das informações sobre Assistência Farmacêutica e afins, para que o desenvolvimento igualitário seja alcançado em todas as regiões do país. Além disso, cerca de 85% dos artigos publicados foram desenvolvidos por pesquisadores alocados em instituições públicas, sendo necessário maior investimento do setor privado para o crescimento da área de Assistência Farmacêutica.

Apesar dos dados apresentados, a publicação nessa linha de pesquisa ainda não pode ser considerada consistente, quando comparada às áreas tecnológicas da Farmácia. A reduzida produção bibliográfica dificulta a divulgação das pesquisas em Assistência Farmacêutica e prejudica a capacitação dos farmacêuticos que atuam no SUS, principalmente aqueles que trabalham em municípios menores, distantes dos grandes centros, ou isolados, convivendo apartados da academia.

Storpirrtis relatou, num editorial, publicado pela *Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences* em 2013, que, considerando apenas os trabalhos sobre Atenção Farmacêutica, inserida no contexto da Assistência Farmacêutica, esse mesmo periódico publicou 46 artigos nos últimos três anos, demonstrando um crescente interesse na disseminação dos resultados, o que pode favorecer o desenvolvimento e o reconhecimento da área.

Por outro lado, a análise de 58 artigos científicos obtidos a partir de uma pesquisa na base de dados, disponível em: <www.scielo.br>, utilizando os descritores “Atenção Farmacêutica” ou “*Pharmaceutical Care*”, mostrou que apenas nove tratavam-se de um estudo de Atenção Farmacêutica. Cerca de 85% das publicações utilizam esse descritor de forma inadequada, destacando a necessidade de melhorar a qualificação metodológica dos estudos brasileiros.

Pela análise dos trabalhos citados neste capítulo, pode-se afirmar que vários municípios ainda não estão preparados para iniciar as atividades de Atenção Farmacêutica, pois há uma carência de farmacêuticos no SUS, e, ainda

quando estes existem, geralmente estão focados na gestão. Portanto, cabe aos gestores estimular a capacitação de seus farmacêuticos para desempenhar de forma adequada a dispensação dos medicamentos, para depois avançar na direção da Atenção Farmacêutica e do manejo da terapêutica, ressaltando que enquanto o país não apresentar um sistema de saúde sedimentado, essa prática continuará acontecendo de modo isolado e em locais isolados (OSORIO-DE-CASTRO et al., 2014).

Segundo a análise do nosso grupo de pesquisa, para a implementação da Atenção Farmacêutica e do manejo da terapêutica por parte dos farmacêuticos, no Brasil, é necessário:

- a) mudança de paradigma, ou seja, as tecnologias devem ser adequadas e baseadas no acolhimento e nas necessidades dos usuários. Esta mudança, não depende só da prática do farmacêutico, mas de todo o serviço, que deve estar empenhado no estabelecimento de uma relação de confiança e respeito mútuo entre o usuário e o provedor do cuidado, permitindo a superação das barreiras que impedem o estabelecimento do diálogo;
- b) avaliar a capacitação e o perfil do profissional farmacêutico para esta nova atividade e, se necessário, desenvolver estratégias para prepará-los e treiná-los, partindo da pedra fundamental, pelo menos no plano estratégico, lançada nas novas diretrizes curriculares para os cursos de Farmácia que enfatizam a formação generalista (CHAUD et al., 2004; BRASIL, 1996; 2001b). O sistema formador deve aproveitar as modificações propostas para o farmacêutico generalista e incluir, nos currículos dos cursos de Farmácia, treinamento clínico em ambulatórios, aprendizagem baseada em soluções de problemas, de modo a ampliar seus conhecimentos em fisiopatologia, medicamentos e terapêutica. Além do conhecimento técnico, a formação deve contemplar o desenvolvimento de habilidades de comunicação em linguagem adequada com a equipe de saúde e, principalmente, com o usuário;
- c) criação e validação, social e econômica, de modelo tecnológico de Atenção Farmacêutica, o qual deve permitir, frente à nossa realidade, demonstrar ou não que os benefícios por ela proporcionados, ou seja, redução das reações adversas, das interações medicamentosas e dos agravamentos da patologia, devido a maior adesão ao regime terapêutico prescrito, tenham maior valor monetário do que os custos de sua implantação e manutenção. Em caso positivo, este seria o argumento decisivo para convencer os gestores dos serviços de saúde da necessidade e das vantagens da implantação do serviço de Atenção Farmacêutica.

Espera-se que a formação profissional, oferecida pelas Instituições de Ensino Superior, seja direcionada para promover a resolução dos principais problemas de ordem nacional. Assim, analisando de forma especial a profissão farmacêutica, observa-se que o Brasil apresenta várias limitações nas áreas da indústria farmacêutica, dos laboratórios de análises clínicas e da saúde pública, que poderiam ser superadas com a formação adequada desse profissional. Um exemplo prático dessas limitações é a reduzida produção de novos fármacos, que poderiam originar medicamentos nacionais, com menor custo para a população, melhorando a terapêutica, sobretudo das doenças negligenciadas.

Portanto, para que o farmacêutico brasileiro seja reconhecido em todas as suas áreas de atuação (indústria, laboratório de análises clínicas, farmácias, drogarias, unidades de saúde, hospitais etc.), torna-se imperativo modificarmos o processo de formação na graduação, permitindo que o acadêmico vivencie e conheça todas essas atividades, na teoria e na prática, pois só assim seremos reconhecidos como verdadeiramente profissionais da saúde.

Além disso, são poucos os programas de pós-graduação que apresentam orientadores atuando nessa área ou trabalhando com projetos de pesquisa que permitem a intersecção com a Assistência Farmacêutica. Essa carência, no país, favoreceu a formação inadequada de vários docentes que atuam na área. A reduzida produção científica da área marca também as dificuldades dos pesquisadores em obter financiamento junto às agências de fomento para desenvolver pesquisas. Os orçamentos para pesquisa sempre sofrem cuidadoso escrutínio e muitas vezes os custos associados a um estudo de campo em Assistência Farmacêutica não são valorizados pelas agências, com o consequente corte nos orçamentos pretendidos. O orçamento reduzido torna mais árdua a tarefa de desenvolver um projeto de pesquisa de qualidade, que possa favorecer uma publicação em periódico de impacto significativo, oportunizando, portanto, a leitura por um número maior de alunos, professores e gestores (OSORIO-DE-CASTRO et al., 2014).

Diante dessa realidade pode-se afirmar que os pesquisadores permanecem inseridos num ciclo desgastante de insucessos. As deficiências de formação dificultam a construção metodológica adequada de projetos de pesquisa. Para a concessão de financiamento as agências de fomento julgam, além do projeto em si, a produção científica do docente. Se essa não for considerada satisfatória, o financiamento do estudo é negado. Sem o financiamento, o docente não produz conhecimento e isso interdita a publicação científica.

Uma das críticas mais relevantes que os pesquisadores da área recebem dos pareceristas das agências de fomento nacionais, quando têm suas propostas de solicitação de auxílio negadas, são referentes à relevância dos objetivos e das metodologias propostas nos estudos. Muitos avaliadores ressaltam que a

maioria dos projetos apresentam características semelhantes aos serviços de extensão à comunidade, ao invés de serem caracterizados como pesquisa.

Em adição às dificuldades metodológicas frequentes, destaca-se que essa área ainda não se encontra consolidada nas agências de fomento, podendo ser considerada com posição discreta nos comitês avaliadores, responsáveis pelo julgamento e pela concessão de projetos. Os projetos de pesquisa encaminhados para avaliação muitas vezes recebem parecer de pesquisadores que, apesar de demonstrar algum conhecimento sobre Farmácia Clínica e áreas afins, atuam em outro campo. Ainda que tenha havido certo avanço dentro das agências, existem dificuldades em face da produção científica reduzida, comparada a outras áreas da Farmácia e da Saúde Coletiva, já sedimentadas (OSORIO-DE-CASTRO et al., 2014).

Assim, é fundamental que a melhoria da formação rompa com esse ciclo perverso, indicando aos pesquisadores dessa área a necessidade de serem criativos e preparados cientificamente, capazes de propor estudos metodologicamente bem delineados e relevantes para a sociedade, com custo aceitável ao financiador e consistente com o projeto. Ao contrário de outros países nos quais a Farmácia Clínica está consolidada, no Brasil, o processo ainda está em fase de implantação, normatização e padronização. Este fato acaba por influenciar também as publicações. Os periódicos que apresentam maior impacto são internacionais, sendo que muitas dessas revistas não se interessam por artigos que descrevem etapas gerenciais ou de enfoque social do processo. Essas revistas estão mais voltadas para os resultados clínicos, ainda não consolidados no Brasil de modo geral. É inegável, ainda, lembrar o chamado “viés de publicação”, um certo “preconceito” com relação aos autores de países em desenvolvimento, que falam de temas pertinentes ao desenvolvimento e que nem sempre são valorizados no exterior (OSORIO-DE-CASTRO et al., 2014).

Normalmente, o autor com maior número de publicações tem a chance de publicar mais. Por isso, um possível caminho para a consolidação das publicações dessa área seja a realização de parcerias entre instituições de ensino e pesquisa, além do desenvolvimento de projetos multicêntricos. Nessas oportunidades, apresenta-se a possibilidade de publicar em periódicos conceituados e partilhar os ganhos acadêmicos gerados pelas publicações, fortalecendo a área.

Por outro lado, apesar das revistas internacionais apresentarem excelente impacto para pesquisadores, universidades e instituições de pesquisa, geralmente elas não alcançam o público alvo da ponta, ou seja, os gestores e os profissionais. A língua inglesa é considerada uma necessidade comum e acessível nos dias de hoje; entretanto muitos ainda não a dominam completamente e preferem a leitura profissional na língua portuguesa. Assim, argumenta-se que as revistas nacionais teriam maior aceitação e até mesmo melhor impacto na publicação de resultados de pesquisas dessa área, pois teriam maior probabilidade de chegar aos gestores do país.

A deficiência de docentes preparados e titulados nessa área pode ser evidenciada pela quantidade de concursos públicos realizados nos últimos anos. Nesse sentido, a própria Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo (FCFRP-USP), contratou, em meados de 2004, o primeiro docente para implantar a disciplina de Farmácia Clínica & Terapêutica na sua grade curricular. Essa disciplina obrigatória funciona com uma carga horária semestral de quatro créditos (60 horas) para todos os acadêmicos do quarto ano, e baseia-se na problematização como modelo de ensino, permitindo o aprendizado por meio das reflexões e do estudo de caso. Em adição, foi implantada uma disciplina eletiva de Farmácia Clínica prática, em que uma turma reduzida de alunos acompanha pacientes internados na Enfermaria da Neurologia do HCFMRP-USP.

Em muitas universidades, principalmente aquelas do setor privado, essa disciplina ainda é inexistente ou ministrada por um docente não preparado de forma adequada, que geralmente atua na área da farmacologia básica. Esse fato interfere na formação de graduandos, dificultando a expansão da área, como discutido anteriormente.

No Brasil, a Farmácia Clínica aproveitou o sucesso da Atenção Farmacêutica para buscar sua sedimentação, ficando clara a necessidade da formação clínica para a qualidade do acompanhamento farmacoterapêutico. Assim, a Atenção Farmacêutica vem sendo discutida e encaminhada junto às instituições de saúde e de educação como uma das diretrizes principais para redefinição da atividade farmacêutica no Brasil, embora, nas condições específicas da realidade brasileira, ainda restem algumas questões a serem enfrentadas na transposição desse referencial, principalmente no SUS, onde a garantia do acesso ao medicamento ainda se constitui o principal obstáculo a ser transposto pelos gestores. Dessa forma, as farmácias perderam o “status” de estabelecimento de saúde e passaram a ser considerados estabelecimentos comerciais (setor privado) ou depósitos de medicamentos (setor público), afastando o farmacêutico da atividade primária, ou seja, a dispensação dos medicamentos e, conseqüentemente, dos pacientes.

Para que a farmácia retorne à atividade de estabelecimento de saúde, desempenhando uma importante função social e tendo o farmacêutico como líder, torna-se necessário investir na formação que resulte na melhoria do atendimento e, conseqüentemente, na conscientização da população para o uso correto dos medicamentos. Para isto, o farmacêutico deve possuir o conhecimento teórico, aliado à habilidade de comunicação nas relações interpessoais (CHAUD et al., 2004).

Como pano de fundo dessa problemática, encontra-se o afastamento dos farmacêuticos da equipe de saúde, dando início à crise profissional com progressiva perda de espaço. Nos Estados Unidos, o farmacêutico comunitário que atua na dispensação, também perdeu sua importância junto à população devido

à liberalização do mercado e das vendas de medicamentos pelo correio, além da ampliação da lista dos medicamentos de venda livre (PERETTA; CÍCIA, 1998).

Nesse sentido, observa-se também que o país necessita de um farmacêutico preparado para o manejo da terapêutica, acostumado a trabalhar de forma integrada, aproximando-se dos pacientes e dos demais profissionais da saúde, com uma formação mais humanizada para mudar o perfil atual de apenas “entregar” os medicamentos ou “esconder-se” nas atividades administrativas e gerenciais das farmácias, drogarias, unidades de saúde ou hospitais.

Sabe-se que as atividades gerenciais são fundamentais para o acesso aos medicamentos e para o desenvolvimento pleno das atividades de Farmácia Clínica, sendo as duas atividades complementares, mas precisamos modificar a triste realidade atual dos farmacêuticos, que passivamente assistem as farmácias (privadas e públicas) atuarem como “estabelecimento comercial ou de retirada de medicamentos”, e não como um verdadeiro estabelecimento de saúde, por privilegiarem o controle de estoque em detrimento dos usuários.

Referências

ANDERSON, L.; GANS, J. Jornadas sobre Managed Care y Pharmaceutical Care. *Boletín Fepafar*, n. 11, p. 11-15, 1997.

ANGONESI, D. *Atenção Farmacêutica: fundamentação conceitual e crítica para um modelo brasileiro*. [monografia] Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, 2005.

ANGONESI, D.; RENNÓ, M. U. P. Dispensação farmacêutica: proposta de um modelo para a prática. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, n. 9, p. 3883-3891, 2011.

ARAÚJO, A. L. A.; FREITAS, O. Concepção do profissional farmacêutico sobre a assistência farmacêutica na unidade básica de saúde: dificuldades e elementos para a mudança. *Rev. Bras. Ciên. Farm*, São Paulo, n. 42, p. 137-143, 2006.

ARAÚJO, A. L. A.; PEREIRA, L. R. L.; UETA, J. M.; FREITAS, O. Perfil da Assistência Farmacêutica na Atenção Primária do SUS. *Ciência & Saúde Coletiva*, n. 13, p. 611-617, 2008.

ARIAS, T. D. *Glosario de medicamentos: desarrollo, evaluación y uso terminos especializados para la evaluación de medicamentos*. Washington: OPAS, 1999.

ARRAIS, P. S. D. et al. Aspectos dos processos de prescrição e dispensação de medicamentos na percepção do paciente: estudo de base populacional em Fortaleza, Ceará, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, v. 23, n. 4, p. 927-937, 2007.

BADIA LLACH, X. et al. Prescription medicines information: Spanish general population survey. *Aten Primaria*, n. 36, p. 93-99, 2005.

BALDONI, A. O.; PEREIRA, L. R. L. O impacto do envelhecimento populacional brasileiro para o sistema de saúde sob a óptica da farmacoepidemiologia: uma revisão narrativa. *Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada*, n. 32, p. 313-321, 2011.

- BALDONI, A. O. et al. Elderly and drugs: risks and necessity of rational use. *Braz J Pharm Sciences*, n. 46, p. 617-632, 2010.
- BALDONI, A. O. et al. A Farmacoepidemiologia no Brasil: estado da arte da produção científica. *Revista da Universidade Vale do Rio Verde*, n. 1, p. 78-88, 2011.
- BALDONI, A. O. et al. Factors associated with potentially inappropriate medications use by the elderly according to Beers criteria 2003 and 2012. *Int J Clin Pharm*, v. 36, n. 2, p. 316-324, 2014.
- BEZZEGH, N. J.; GOLDENBERG, P. The challenge of responsible dispensing: formal education versus professional practice. *Braz J Pharm Sciences*, v. 47, n. 1, p. 63-73, 2011.
- BISSEL, P.; WARD, P. R.; NOYCE, P. R. Appropriateness measurement: application to advice-giving in community pharmacies. *Social Sci Méd*, n. 51, p. 343-359, 2000.
- BORGES, A. P. et al. The Pharmaceutical care of patients with type 2 diabetes mellitus. *Int J Clin Pharm*, v. 32, n. 6, p. 730-736, 2010.
- BORGES, A. P. S.; GUIDONI, C. M.; FREITAS, O.; PEREIRA, L. R. L. Economic evaluation of outpatients with type 2 Diabetes Mellitus assisted by a Pharmaceutical Care Service. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia*, v. 55, n. 9, p. 686-691, 2011.
- BORGES, A. P.; CAMPOS, M. S.; PEREIRA, L. R. Evaluation of unlicensed and off-label antiepileptic drugs prescribed to children: Brazilian Regulatory Agency versus FDA. *Int J Clin Pharm*, v. 35, n. 2, 2013.
- BRASIL. Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19394.htm>.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de medicamentos 2001/Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. *Brasília*: Ministério da Saúde, 2001b.
- BRASIL. Lei nº 10.172, de 09 de janeiro de 2001. Aprova o Plano Nacional de Educação e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110172.htm>. 2001a.
- BRASIL. *Avaliação dos cursos de graduação*. Brasília: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais e Ministério da Cultura e Educação. 2014
- BRUCE, S. P. et al. Utilization of the Center for the Advancement of Pharmaceutical Education Outcomes, Revised Version 2004: Report of the 2005 American College of Clinical Pharmacy Educational Affairs Committee. *Am J Pharm Educ*, v. 70, n. 4, 2006.
- CASTRO, M. S.; CORRER, C. J. Pharmaceutical Care in Community Pharmacies: practice and research in Brazil. *Ann Pharmacother*, n. 41, p. 1486-1493, 2007.
- CHAUD, M. V.; GREMIÃO, M. P. D.; FREITAS, O. Reflexão sobre o ensino farmacêutico. *Rev Ciênc Farm*, v. 25, n. 1, p. 65-68, 2004.
- CHRISTENSEN, D. B.; FARRIS, K. B. Pharmaceutical care in community pharmacies: practice and research in the US. *Ann Pharmacother*, n. 40, n. 1400-1406, 2006.
- CLIFFORD, R. M.; DAVIS, W. A.; BATTY, K. A.; DAVIS, T. M. E. Effect of a pharmaceutical care program on vascular risk factors in type 2 diabetes: the Fremantle Diabetes Study. *Diabetes Care*, n. 28, p. 771-776, 2005.

- DAUREL-RECEVENEUR, M. et al. Antidepressant adverse effects in the elderly: analysis of spontaneous reports in France. *Thérapie*, n. 60, p. 61-65, 2005.
- DELORENZE, G. N. et al. Medication error in the care of HIV/AIDS patients: electronic surveillance, confirmation, and adverse events. *Med Care*, n. 43, p. 63-68, 2005.
- DEYOUNG, M. A review of the research on pharmacists' patient-communication views and practices. *Am J Pharm Education*, n. 60, p. 60-77, 1996.
- DEWULF, N. L. S. et al. The invisible pharmacist. *Am J Pharm Educ*, n. 73, p. 2-3, 2009.
- DOUCETTE, W. R. et al. Comprehensive medication therapy management: identifying and resolving drug-related issues in a community. *Clin Ther*, n. 27, p. 1104-1111, 2005.
- DUPIM, J. A. *A Assistência Farmacêutica: um modelo de organização*. Belo Horizonte: SEGRAC, 1999.
- FREITAS-LIMA, P. et al. Drug utilization profile in adults patients with refractory epilepsy at a tertiary referral center. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, v. 71, n. 11, p. 856-861, 2013a.
- FREITAS-LIMA, P. et al. Lamotrigine therapeutic drug monitoring in a tertiary epilepsy centre. *J Epilepsy Clin Neurophysiol*, v. 19, n. 1, p. 6-12, 2013b.
- FUNCHAL-WITZEL, M. D. R. et al. Brazilian scientific production on pharmaceutical care from 1990 to 2009. *Braz J Pharm Sciences*, v. 47, n. 2, 2011.
- GALATO, D. et al. A dispensação de medicamentos: uma reflexão sobre o processo para prevenção, identificação e resolução de problemas relacionados à farmacoterapia. *Braz J Pharm Sciences*, v. 44, n. 3, 2008.
- GARIEPY, I. Assessoramento farmacêutico em Canadá: una opinión que se paga. *Boletín Fepafar*, n. 10, p. 6-7, 1997.
- GIROLINETO, B. M. et al. Interchangeability among therapeutics equivalents of lamotrigine in the treatment of refractory epilepsy patients: risks and benefits. *Rev Neurol*, n. 51, p. 330-336, 2010.
- GIROLINETO, B. M. et al. Cartas al director "Réplica intercambiabilidad de la lamotrigina". *Rev Neurol*, n. 52, p. 320, 2011.
- GOKCEKUS, L. et al. Dispensing practice in the community pharmacies in the Turkish Republic of Northern Cyprus. *Int J Clin Pharm*, 2012.
- GUIDONI, C. M.; BALDONI, A. O.; OBRELI-NETO, P. R.; PEREIRA, L. R. L. Fontes de informações sobre interações medicamentosas: há concordância entre elas? *Revista da Universidade Vale do Rio Verde*, v. 9, n. 2, p. 84-91, 2011.
- GUIDONI, C. M.; BORGES, A. P. S.; FREITAS, O.; PEREIRA, L. R. L. Prescription patterns and therapeutic implications for Diabetes Mellitus: a population based analysis. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia*, v. 56, n. 2, p. 120-127, 2012.
- GUIDONI, C. M.; OBRELI-NETO, P. R.; PEREIRA, L. R. L. Pharmacoepidemiologic study of warfarin prescription in a Brazilian tertiary hospital. *J Thromb Thrombolysis*, May, v. 37, n. 4, p. 542-548, 2014.
- HARDLING, G.; TAYLOR, K. Responding to change; the case of community pharmacy in Great Britain. *Soc Health & Illness*, n. 19, p. 547-560, 1997.

IGLÉSIAS, A.; RODRÍGUEZ, A.; PÉREZ, F. La investigación en farmácia comunitaria en España: estudio bibliométrico. *Pharm Pract*, v. 5, n. 1, p. 21-30, 2007.

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

JONES, E. J.; MACKINNON, N. J.; TSUYUKI, R.T. Pharmaceutical care in community pharmacies: practice and research in Canada. *Ann Pharmacother*, n. 39, p. 1527-1533, 2005.

KAMAT, V. R.; NICHTER, M. Pharmacies, self-medication and pharmaceutical marketing in Bombay, India. *Social Sci. Med*, n. 47, p. 779-794, 1998.

KAWANO, D. F. et al. Acidentes com os medicamentos: como minimizá-los? *Braz J Pharm Sciences*, n. 42, p. 487-495, 2006.

KAWANO, D. F. et al. Midazolam-related drug interactions: detection of risk situations to the patient safety in a Brazilian Teaching Hospital. *J Patient Safety*, n. 5, p. 69-74, 2009.

KIEL, P. J.; MCCORD, A. D. Pharmacist impact on clinical outcomes in a diabetes disease management program via collaborative practice. *Ann Pharmacother*, n. 39, p. 1828-1832, 2005.

MACHUCA, M. *La atención farmacêutica en el ocaso de las ideologías obsoletas*. 2011. Disponível em: <<http://manuelmachuca.me/2011/08/31/la-atencion-farmaceutica-en-el-ocaso-de-las-ideologias-obsoletas/>>.

MANGIAPANE, S. et al. Community pharmacy-based pharmaceutical care for asthma patients. *Ann Pharmacother*, n. 39, p. 1817-1822, 2005.

MARQUES F. A. *Atenção Farmacêutica: uma revisão dos artigos publicados no Brasil*. Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em Farmácia Clínica da Universidade de Ribeirão Preto, 2013.

MARIN, N. et al. *Assistência farmacêutica para gerentes municipais*. Rio de Janeiro: OPAS, OMS, 2003.

MARTINS, A. L. T.; BALDONI, A. O.; FREITAS, O.; PEREIRA, L. R. L. Análise do perfil dos usuários de hidroclorotiazida assistidos no Sistema Único de Saúde de um município de São Paulo-Brasil. *Revista Brasileira de Farmácia*, v. 92, n. 4, p. 373-377, 2011.

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

NAVES, J. O. S.; SILVER, L. D. Evaluation of pharmaceutical assistance public primary care in Brasília, Brazil. *Rev Saúde Pública*, v. 39, n. 2, p. 223-230, 2005.

OBRELI-NETO, P. R.; BALDONI, A. O.; GUIDONI, C. M.; BERGAMINI, D.; HERNANDES, K. C.; LUZ, R. T.; SILVA, F. B.; SILVA, R. O.; PEREIRA, L. R. L.; CUMAN, R. K. N. Métodos de avaliação de adesão à farmacoterapia. *Revista Brasileira de Farmácia*, v. 93, n. 4, p. 403-410, 2012.

OBRELI-NETO, P. R. et al. Use of simulated patients to evaluate combined oral contraceptive dispensing practices of community pharmacists. *Plos One*, v. 8, n. 12, p. (e79875), 2013.

- ODEGARD, P. S. et al. Caring for poorly controlled diabetes *mellitus*: a randomized pharmacist intervention. *Ann Pharmacother*, n. 39, p. 433-440, 2005.
- OLIVERA, C. M. X. et al. Padrões de prescrição de inibidores da enzima conversora da angiotensina para usuários do Sistema Único de Saúde. *Rev Bras Cardiol*, n. 23, p. 171-177, 2010.
- OLIVEIRA, A. B. et al. Obstáculos da Atenção Farmacêutica no Brasil. *Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas*, v. 41, n. 4, p. 409-413, 2005.
- OSORIO-DE-CASTRO, C. G. S.; LUIZA, V. L.; CASTILHO, S. R.; OLIVEIRA, M. A.; JARAMILLO, N. M. *Assistência Farmacêutica: gestão e prática para profissionais da saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014.
- PEREIRA, L. R. L. et al. Avaliação da utilização de medicamentos em pacientes idosos, através dos conceitos de farmacoepidemiologia e farmacovigilância. *Ciência & Saúde Coletiva*, n. 9, p. 479-481, 2004.
- PEREIRA, L. R. L. et al. Avaliação das prescrições de pacientes portadores de diabetes *mellitus* atendidos por uma Unidade Básica de Saúde. *Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada*, v. 26, n. 3, p. 199-203, 2005.
- 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.
- PERETTA, M.; CICCIA, G. *Reingeniería de la Práctica Farmacéutica*. Buenos Aires: Panamericana, 1998.
- QUEIROZ NETTO, M. U.; FREITAS, O.; PEREIRA, L. R. L. Antidepressivos e benzodiazepínicos: estudo sobre o uso racional entre usuários do SUS em Ribeirão Preto-SP. *Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada*, v. 33, n. 1, p.77-82, 2012.
- REIS, T. M. *Avaliação do conhecimento e do comportamento dos farmacêuticos na dispensação dos medicamentos*. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2013.
- SCHRAIBER, L. B.; NEMES, M. I. B. Processo de trabalho e avaliação de serviços de saúde. *Cadernos Fundap*, v. 19, p. 106-121, 1996.
- SOARES, L. et al. A model for drug dispensing service based on the care process in the brazilian health system. *Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences*, v. 49, p. 107-116, 2013.
- STRAND, L. M. et al. The impact of pharmaceutical care practice on the practitioner and the patient in the ambulatory practice setting: twenty five years of experience. *Curr Pharm Des*, n. 10, p. 3987-4001, 2004.
- VOLMER, D. et al. Pharmaceutical Care in Community Pharmacies: Practice and Research in Estonia. *Ann Pharmacother*, n. 42, p. 1104-1111, 2008.
- WESTERLUND, L. T.; BJÖRK, H. T. Pharmaceutical Care in Community Pharmacies: Practice and Research in Sweden. *Ann Pharmacother*, n. 40, p. 1162-1169, 2006.

COMUNICAÇÃO E ADEÇÃO À FARMACOTERAPIA

Mauro Silveira de Castro
Paulo Maximiliano Corrêa
Tatiana von Diemen

6.1 Introdução

A expectativa de vida da população, em nível mundial é crescente. No Brasil, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a esperança de vida ao nascer teve um acréscimo de 3 meses, para ambos os sexos. O número passou de 74,6 anos em 2012 para 74,9 anos em 2013. Para a população masculina o aumento foi de 3 meses, passando de 71 para 71,3 anos. Em 2012, a esperança de vida ao nascer da população feminina era de 78,3 anos, elevando-se para 78,6 anos em 2013 (IBGE, 2013). As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) constituem um dos maiores problemas de saúde pública da atualidade. Estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS) mostram que as DCNT foram responsáveis por 61% de todas as mortes ocorridas no mundo, ou cerca de 35 milhões de mortes em 2005. No Brasil, as DCNT seguem padrão semelhante, e, em 2007, foram a principal causa de óbito, destacando-se as doenças do aparelho circulatório (31,3%) e as neoplasias (16,3%) (BRASIL, 2011).

Segundo a OMS, um pequeno conjunto de fatores são os responsáveis pela grande maioria das mortes por DCNT e por fração substancial da carga

de doenças devido a essas enfermidades. Dentre esses fatores, destacam-se: o tabagismo, o consumo excessivo de bebidas alcoólicas, a obesidade, as dislipidemias, sedentarismo e consumo alimentar inadequado (ingestão insuficiente de legumes, verduras e frutas). A obesidade é uma doença cada vez mais comum, cuja prevalência já atinge proporções epidêmicas. Vários estudos têm demonstrado a associação da obesidade a um risco maior de desfechos, sejam cardiovasculares, câncer ou mortalidade. No estudo *National Health and Nutrition Examination Study III*, a obesidade foi associada a um aumento da prevalência de diabetes tipo 2, doença da vesícula biliar, doença arterial coronariana, hipertensão arterial sistêmica, osteoartrose e dislipidemia (MANCINI et al., 2010). Ao mesmo tempo, existe o envelhecimento da população mundial e o número cresce a uma razão de 800.000 indivíduos todos os meses. Em muitos países em desenvolvimento, é o setor de crescimento mais rápido da população (SABATÉ, 2003). Esta transição demográfica tem conduzido a uma maior prevalência de enfermidades crônicas, que são particularmente comuns nos idosos, como Alzheimer, Parkinson, depressão, diabetes, insuficiência cardíaca congestiva, coronariopatia, glaucoma, artrose e osteoporose.

Portanto, é comum um aumento na prevalência das doenças crônicas assim como suas combinações: 65% das pessoas com mais de 65 anos de idade têm duas ou mais doenças crônicas, como diabetes, asma, insuficiência cardíaca e renal (WILLIAM et al., 2008). Nos Estados Unidos, cerca de 133 milhões de pessoas vivem com pelo menos uma doença crônica (ROEBUCK et al., 2011). São as maiores causas de morte e de incapacitação no mundo, e as prevalências têm aumentado independentemente da região geográfica ou do nível sócio-econômico (SABATÉ, 2003).

A presença de múltiplas condições crônicas aumenta a carga da doença e influencia, negativamente, o estado de saúde além de somar os efeitos de cada condição isolada (WILLIAMS; MANIAS; WALKER, 2008). As estimativas de adesão ao tratamento em doenças crônicas variam de 17% a 80% e a não adesão pode levar ao aumento de morbidade, mortalidade e custos em saúde. As consequências da não adesão podem ser graves para a saúde dos pacientes, pois podem ocorrer complicações ou progressão da doença, necessitando, muitas vezes de atendimentos de emergência em hospitais (ROEBUCK et al., 2011). A adesão deficiente reduz a eficácia das intervenções em saúde, estimando-se que apenas 50% dos pacientes com doenças crônicas aderem ao tratamento (O'CARROL et al., 2011; ROEBUCK et al., 2011).

Um componente chave no manejo das doenças crônicas é a prescrição de medicamentos (WILLIAMS; MANIAS; WALKER, 2008; ROEBUCK et al., 2011). A não adesão ao tratamento prescrito tem sido identificado como um importante fator de contribuição para a falta de controle nos níveis de pressão arterial e colesterol, que são fatores de risco para as doenças cardiovasculares e

afetam 33% e 45% da população adulta nos Estados Unidos, respectivamente (AGGARWAL; MOSCA, 2010). A adesão é presumivelmente importante para a saúde da população, desde a perspectiva de qualidade de vida e dos custos em saúde (SABATÉ, 2003). A efetividade dos medicamentos e os benefícios em longo prazo dependem da adesão ao tratamento (SABATÉ, 2003; O'CARROL et al., 2011).

A OMS considera a falta de adesão frente a tratamentos crônicos, com as suas implicações negativas clínicas e econômicas, um tema prioritário de saúde pública (SABATÉ, 2003; O'CARROL et al., 2011). Atualmente, a não adesão ao tratamento farmacológico é considerada a causa de fracasso de muitos tratamentos, o que contribui para que não sejam atingidos os resultados clínicos desejados (DILLA et al., 2009).

O grau de adesão é tipicamente mais elevado em pacientes em condições agudas, quando comparados com condições crônicas; a persistência em manter um tratamento é baixa entre os pacientes com desordens crônicas, diminuindo drasticamente após os primeiros seis meses de terapia (CRAMER et al., 2003; HAYNES, 2001).

Revisões sobre intervenções para melhorar a adesão aos medicamentos em doenças crônicas concluíram que os métodos atuais são, muitas vezes, complexos e pouco eficazes, de modo que os benefícios relacionados aos tratamentos não são largamente obtidos (HAYNES et al., 2008; O'CARROL et al., 2011).

Diante dessa perspectiva, os profissionais devem avaliar como o paciente compreende a doença e o tratamento, comunicar-lhe os benefícios do tratamento, e discutir com ele as barreiras e os obstáculos que possa ter para aderir ao tratamento. Isto é, o paciente necessita ser esclarecido e auxiliado quanto às suas próprias decisões para, dentro do possível, manter a adesão ao tratamento. Muitas vezes, as informações em saúde são prestadas verbalmente e se fazem acompanhar de prescrição ininteligível ou ilegível e incompleta em relação à forma de administração dos medicamentos. Por outro lado, muitos pacientes não possuem habilidades para entender o que lhes foi indicado ou para executar um dado procedimento. Por vezes, o letramento insuficiente não é assumido, e, por vergonha, o paciente não solicita ajuda e nem lhe é ofertado esse tipo de serviço.

Outro aspecto relevante é que, devido ao modo de vida atual, muitos indivíduos não conseguem incorporar o tratamento adequadamente ao seu dia a dia. Como exemplo, cita-se o número de comprimidos ou intervalos entre administrações que são esquecidos. Alguns pacientes podem, ainda, apresentar problemas cognitivos ou emocionais, que comprometem a percepção sobre a natureza e a gravidade de sua doença, podendo chegar a negá-la e estendendo a falta de entendimento a não necessidade de tratá-la. Ainda, preocupações e

medos podem contribuir para a não adesão, tais como estigma social associado ao uso de medicamentos, efeitos indesejáveis, dependência de medicamentos, receio de uso de agulhas ou mesmo falta de confiança na habilidade de administrar-se determinada forma farmacêutica.

Fator limitante é o senso comum de que a regressão ou melhora de sintomas tornam desnecessária a persistência do tratamento. Maior ainda é a barreira para uso de medicamentos com propósitos preventivos ou para tratar doenças assintomáticas. Na atualidade, a mídia tem exercido influência a respeito do risco associado ao uso de medicamentos ou anunciado a existência de tratamentos miraculosos, a serem utilizados em substituição ao que foi prescrito. A forma como o profissional apresenta o tratamento ao paciente e a visão que este tem do tratamento pode acarretar em falta de motivação e incentivo para a adesão. A decisão pode, ainda, advir de influências de mídia, familiares e amigos.

Não raro, os profissionais tendem a superestimar o grau de habilidade dos pacientes em seguir regimes terapêuticos e o nível em que a adesão ocorre. Também tendem a achar que a responsabilidade de adesão a determinado tratamento é do paciente. Essa postura contribui fortemente para o processo de não adesão e está relacionada à falta de conhecimento e consciência dos profissionais sobre os princípios básicos do manejo da adesão ao tratamento (NICE, 2009).

A adesão ao tratamento assume importância crucial diante da perspectiva de uma vida longa e com qualidade. Apesar de as evidências demonstrarem o contrário, ainda há uma tendência em centrar nos fatores relacionados com o paciente as causas do problema de não adesão (SABATÉ, 2003).

6.2 Adesão, cumprimento da prescrição, concordância

Diversos termos têm sido descritos para designar a ação de uma determinada conduta relativa a não realização do preconizado por profissionais da saúde. A palavra *compliance* originou-se do latim *complire* e se assemelha ao verbo cumprir em português. De acordo com o dicionário Oxford, o termo *compliance* é definido como sendo a prática de obedecer a regras ou a pedidos feitos por uma pessoa. Horne, em 2005, definiu o termo *compliance* como “a medida em que o comportamento do paciente corresponde às recomendações do prescritor” (HORNE, 2005; ROBIN; GROVER, 2010). O termo implica em subserviência por parte do paciente, dando forma ao comportamento que constitui em culpar o paciente pelo descumprimento do preconizado (HAYNES, 2001; ROBIN; GROVER, 2010). Ou seja, o termo revela uma atitude paternalista em relação ao paciente e não condiz com a conduta atual, que estimula o empoderamento dos pacientes (ARONSON, 2007). Por esta razão, a ideia do termo *concordance* foi

introduzida, e requer que haja um consenso entre o clínico e o paciente quanto à terapêutica (ARONSON, 2007; KAUFMANN; BIRKS, 2010). Porém, há dúvidas se esta conduta realmente traria benefícios ao paciente, pois alguns pontos precisam ser melhor definidos, como o quanto ele pode decidir sobre a conduta médica, assim como o peso da opinião sobre essa conduta. Em realidade, o termo implica que os pacientes devem ter mais responsabilidade sobre a gestão do próprio caso, apesar de nem todos estarem dispostos a realizar.

Embora os termos *compliance* e *concordance* sejam comumente utilizados, deve-se ter cuidado ao utilizá-los como sinônimos, pois *concordance* não se refere ao comportamento do paciente quanto à tomada de medicamentos, mas à natureza da interação entre o clínico e paciente (BELL et al., 2007; KAUFMANN; BIRKS, 2010).

Então, acrescenta-se o termo *adherence*, que vem sendo cada vez mais utilizado. A palavra origina-se do latim *adhaerere*, que significa aderir a, manter próximo ou permanecer constante. Segundo o dicionário Oxford, *adherence* pode ser definida como persistir em uma prática ou doutrina; observação constante ou manutenção da mesma.

Horne também concorda com Sabaté de que o termo *adherence* pode ser entendido como “à medida em que o comportamento do paciente corresponde ao acordado com as recomendações do prescritor” (SABATÉ, 2003; HORN, 2005; KAUFMANN; BIRKS, 2010). Ou seja, evoca a tenacidade que os pacientes precisam ter para seguir um regime terapêutico (ARONSON, 2007; KAUFMANN; BIRKS, 2010). Dada a complexidade do termo *adherence*, Marie, Chisholm e Spivey (2008) propuseram uma variação do termo, denominada *pharmacoadherence*. O termo se limita ao comportamento do paciente em relação à tomada de medicamentos, estreitando o foco consideravelmente para a prática de o paciente tomar o medicamento prescrito (MARIE; CHISHOLM; SPIVEY, 2008). Nesse contexto, talvez o melhor termo seria *acceptance*, o qual, porém, ainda não é muito utilizado (HAYNES, 2001).

Todos os termos apresentam limitações quanto ao comportamento dos pacientes em relação à tomada de medicamentos. Assim, deve-se cuidar que, ao se aplicar essas condições aos pacientes que não tomam os medicamentos nos horários desejado, corre-se o risco de criar um estigma, que poderá interferir em suas futuras relações com os prestadores dos cuidados de saúde (OSTERBERG; BLASCHKE, 2005).

A OMS definiu o termo adesão como sendo: “o grau em que a conduta de um paciente, em relação à sua tomada de medicamentos, o seguimento de uma dieta ou modificações nos seus hábitos de vida, correspondem com as recomendações acordadas com os profissionais de saúde”, ficando claro que a relação entre o paciente e o profissional de saúde deve ser uma associação que recorra às capacidades de cada um (SABATÉ, 2003; CHAMORRO et al., 2008).

Alguns autores classificam a adesão em: adesão total, adesão inicial, não adesão parcial, não adesão repetida, não adesão esporádica e não adesão total. A adesão total é definida quando o paciente toma 100% das doses prescritas. A adesão inicial corresponde àquela em que o paciente se engaja na primeira etapa de apresentar a receita médica à farmácia, mas não consegue adquiri-lo ou não consegue tomar o medicamento. A não adesão parcial envolve um paciente que toma o medicamento abaixo ou acima do número determinado de doses. Especificamente, essa forma de não adesão parcial pode assumir a forma de não adesão repetida ou não adesão esporádica. A não adesão repetida envolve o paciente que tomou mais de 20% acima ou abaixo do número determinado de doses. A não adesão esporádica fica entre 1% a 19% acima ou abaixo das doses prescritas. A não adesão total ocorre quando o paciente ignora completamente todas as etapas do seu tratamento, ou seja, esse paciente nem sequer apresenta a receita médica à farmácia (RICKLES, 2010).

Sabe-se na verdade, que, independente de qual termo é o mais adequado, que o benefício completo de muitos medicamentos disponíveis só será alcançado se os pacientes seguirem o tratamento de forma razoavelmente próxima àquela que foi prescrita (OSTERBERG; BLASCHKE, 2005).

Normalmente, as taxas de adesão são apresentadas como a porcentagem das doses prescritas de um medicamento tomadas pelo paciente durante um determinado período. Alguns pesquisadores aperfeiçoaram a definição de adesão incluindo dados sobre a tomada do medicamento (contendo número de comprimidos tomados ao dia) assim como o horário das doses. As taxas de adesão são comumente mais elevadas entre os pacientes em condições agudas, quando comparados com aqueles com condições crônicas. A persistência entre os pacientes com condições crônicas é extremamente reduzida, caindo de forma significativa após os primeiros seis meses de terapia. Por exemplo, metade dos pacientes que recebem a terapia com o inibidor da hidroximetilglutaril coenzima A redutase descontinuam o tratamento dentro dos primeiros seis meses de terapia (OSTERBERG; BLASCHKE, 2005; ALLEN; CURTISS; FAIRMAN, 2009). A adesão e persistência do tratamento devem ser medidas e definidas separadamente, pois a persistência refere-se ao ato de continuar o tratamento durante o período prescrito (CRAMER et al., 2008; ALLEN; CURTISS; FAIRMAN, 2009). Dentro desse contexto, as consequências da falta de adesão aos tratamentos de longo prazo resultam em baixos resultados de saúde e maiores custos sanitários (SABATÉ, 2003; SALAS et al., 2009).

6.3 Causas da não adesão

Existem muitas causas para a não adesão, podendo ser divididas em intencional e não intencional. O abandono não intencional ocorre quando o

paciente quer seguir o tratamento acordado, mas é impedido por barreiras que estão além do seu controle. Como exemplos, podem ser citadas a compreensão das instruções, as dificuldades na administração do medicamento, a incapacidade de pagar pelo tratamento, ou simplesmente, esquecer-se de tomá-lo. O abandono intencional ocorre quando a pessoa decide não seguir as recomendações relacionadas ao tratamento (NICE, 2009).

Alguns autores levantam a carência de estudos acerca da distinção entre não adesão intencional e não intencional, como uma das razões para a não definição de um ponto de corte (LEHANE; MCCARTHY, 2007; PHOENIX; WINNIE, 2009). A não adesão intencional e não intencional são entidades separadas e ocorrem por diversas razões. Estudos realizados em diferentes condições de saúde mostraram que as preocupações sobre os efeitos colaterais, o estigma associado aos medicamentos e a não percepção da necessidade dos medicamentos foram associados ao abandono intencional. Os prejuízos cognitivos, o acesso aos medicamentos e as interrupções nos padrões de medicamentos prescritos foram associados à não adesão não intencional (PHOENIX; WINNIE, 2009).

Estudo de Atkins e Fallowfield, em pacientes com câncer de mama, concluiu que havia uma maior possibilidade de os pacientes relatarem o esquecimento de tomar os comprimidos do que admitir que escolheram não tomá-los (UNNI; FARRIS, 2010). Além disso, estudo-piloto realizado pelos autores e outro realizado por Foley e Hansen também demonstraram a relação entre a crença nos medicamentos e o esquecimento de tomá-los (UNNI; FARRIS, 2010; FOLEY; HANSEN, 2006). Esquecimento e descaso em tomar os medicamentos são usualmente considerados como não adesão não intencional, sem qualquer referência à crença do paciente em relação aos medicamentos. Nos resultados deste estudo, as intervenções utilizadas com lembrete de telefone ou alarmes não tiveram impacto, pois as crenças estavam contribuindo para a não adesão. Foi observado que os pacientes não aderentes não intencionais tinham crenças mais fortes de que sua saúde podia ser melhorada por profissionais de saúde (UNNI; FARRIS, 2010). Em pacientes com idade avançada, com mais de 65 anos de idade, a não adesão é principalmente intencional, 63%, sendo 37% não intencional (DOGGRELL, 2010).

A habilidade de pacientes seguirem o tratamento de maneira correta frequentemente se vê comprometida por mais de uma barreira, geralmente relacionada a diferentes aspectos do problema, incluindo fatores econômicos e sociais, sistema de saúde, características da doença, fatores vinculados ao regime terapêutico, além de fatores condicionados pelo próprio paciente (SABATÉ, 2003).

O relacionamento de confiança entre o paciente e o profissional de saúde constitui-se também como um interferente na adesão ao tratamento (KRUEGER; BERGER; FELKEY, 2005; NICE, 2009). A crença comum de que o paciente é o

único responsável pela tomada de seus medicamentos é errônea e reflete uma falta de entendimento sobre como os outros fatores afetam o comportamento e a capacidade do paciente em aderir ao tratamento (SABATÉ, 2003).

Uma segunda abordagem analisa as possíveis ligações entre a falta de conhecimento e uma compreensão deficitária como explicações para a baixa adesão. No entanto, as evidências atuais para tais associações são limitadas. Certo nível de conhecimento é essencial, mas os profissionais de saúde não devem presumir que tudo o que for necessário para a não adesão é prover mais informações (KAUFMANN; BIRKS, 2010). Outro ponto a ser levantado seria como o comportamento varia entre os indivíduos com relação à adesão ao tratamento. Ou seja, tentar entender se o paciente está motivado para fazer o tratamento, ou se ele é capaz de seguir um regime de tratamento (KAUFMANN; BIRKS, 2010).

Dowell e colaboradores (2010 apud KAUFMANN; BIRKS, 2010) citam uma série de razões pelas quais os pacientes não aderem aos tratamentos. Pacientes com percepções errôneas sobre a natureza da sua doença ou que não compreendem o prognóstico e o tratamento são suscetíveis de gerirem os medicamentos de forma inadequada. Por exemplo, um paciente com hipertensão, que acredita que o tratamento anti-hipertensivo vai curar a doença pode ter dificuldade para entender a necessidade de tomar os medicamentos ao longo de sua vida. No mesmo estudo, Kaufman e Birks mencionam que, aqueles pacientes que têm maior dificuldade de se ajustar à doença e que tendem a ignorar o problema podem ter dificuldades de aceitar a necessidade do tratamento e, conseqüentemente, ter uma adesão adequada (KAUFMANN; BIRKS, 2010).

Aumentar a efetividade das intervenções sobre a adesão ao tratamento pode ter uma repercussão muito maior sobre a saúde da população do que qualquer melhoria em tratamentos específicos (SABATÉ, 2003). As intervenções por equipes multiprofissionais também podem aumentar o grau de adesão a tratamentos e o grau de controle de doenças crônicas. Novamente, a hipertensão arterial é um bom exemplo. Ensaio clínico conduzido em Porto Alegre demonstrou que essa abordagem aumentou o grau de controle de pressão arterial de pacientes com hipertensão arterial (CASTRO et al., 2006; KAUFMANN; BIRKS, 2010). Porém, vale lembrar, os estudos nesta área são prejudicados pela disparidade dos métodos utilizados para medir a adesão ao tratamento.

6.4 Fatores que podem influenciar a adesão ao tratamento

O tema antes exposto fundamenta a interpretação de Sabaté (2003) de que a adesão é um fenômeno multidimensional, determinada por um

conjunto de cinco dimensões denominadas de fatores (Figura 1). Esses fatores podem interagir entre si e contribuir para a não adesão a tratamentos, tanto farmacológicos como não farmacológicos.

Figura 1 – Fatores que podem influenciar a adesão ao tratamento



Fonte: Adaptado de Sabaté (2003).

Fatores sociais e econômicos

Ainda que os níveis socioeconômicos não tenham sido relacionados como preditores independente de adesão, nos países em desenvolvimento, eles podem colocar o paciente numa posição de ter que decidir entre prioridades, frequentemente tendo que optar por satisfazer as necessidades de outros membros da família do que adquirir medicamentos. Dentre os aspectos que

podem afetar consideravelmente a adesão, estão: desemprego, pobreza, analfabetismo, baixo nível educacional, baixo *status* socioeconômico, falta de apoio social, condições de vida instáveis, longa distância dos centros de saúde, custo elevado de transporte, assim como custos elevados com os medicamentos, mudanças ambientais, cultura e crenças populares com relação à doença e tratamento, além de problemas familiares.

A etnia também tem sido relatada como um fator preditivo de adesão, independentemente se os membros da etnia vivem no país de origem ou em outro país como imigrantes. Frequentemente, as crenças culturais são a razão subjacente destas diferenças étnicas, mas, não com menos frequência, as desigualdades sociais confundem estes resultados.

Fatores relacionados com a equipe e o sistema de saúde

Atualmente existem poucas evidências sobre como estes fatores afetam a adesão. Ainda que uma boa relação entre o profissional de saúde e o paciente possa melhorar a adesão terapêutica, são muitos os fatores que podem exercer um efeito negativo sobre a mesma, tais como: serviços de saúde pouco desenvolvidos, sistemas de distribuição de medicamentos deficientes, falta de conhecimento e treinamento dos profissionais no controle de enfermidades crônicas, sobrecarga de trabalho, falta de incentivos ou de monitoramento sobre a equipe, tempo de consulta curto, baixa capacidade para educar os pacientes e proporcionar a sua continuidade, incapacidade de estabelecer o apoio à comunidade assim como o autocuidado, falta de conhecimento sobre a adesão e de estratégias efetivas de otimização. A habilidade de consulta de um profissional individual também é passível de ser importante, independentemente da duração da relação profissional-paciente. Nesse caso, o nível de confiança entre profissional da saúde e paciente pode ser um fator chave nesta relação (NICE, 2009). Portanto, o estilo de consulta deve ser adaptado para pacientes individuais, para permitir a comunicação plena.

A preocupação manifestada pelos profissionais sobre as atitudes de partilhar com os pacientes as decisões sobre o tratamento pode gerar um conflito com o seu dever de assistência aos pacientes ou suas obrigações legais ou éticas. Enquanto o *General Medical Council* do Reino Unido, em 2001, coloca que um dos direitos fundamentais de um médico é “respeitar os direitos dos pacientes e participar plenamente nas decisões sobre seus cuidados”; para muitos médicos, há uma área de preocupação legítima ou de conflito entre o respeito à autonomia do paciente e o dever da beneficência, quando um médico se sente desconfortável com desejos do paciente. Ou seja, há necessidade de maximizar as oportunidades e habilidades dos pacientes para tomarem suas próprias decisões, e o profissional, respeitar essas decisões, mesmo que não haja concordância entre eles (NICE, 2009).

Sabaté (2003) relata as cinco principais barreiras vinculadas ao sistema de saúde e à equipe:

- Falta de conscientização e conhecimento sobre adesão.
- Falta de ferramentas clínicas que auxiliem os profissionais na avaliação e intervenção de problemas relacionados à adesão.
- Falta de ferramentas comportamentais que auxiliem os pacientes no desenvolvimento de comportamentos adaptativos ou a modificar aqueles errados.
- Falhas na provisão do cuidado às doenças crônicas.
- Comunicação deficiente entre pacientes e profissionais de saúde.

Fatores relacionados à condição do paciente

Estes fatores constituem exigências particulares relacionadas à enfermidade do paciente. Alguns fatores que afetam consideravelmente a adesão estão relacionados à gravidade dos sintomas, ao grau de incapacidade a que o paciente é submetido (física, psicológica e social), à taxa de progressão e gravidade da doença, bem como à disponibilidade de tratamento efetivo.

Fatores relacionados ao tratamento

São muitos os fatores relacionados, nesta dimensão, que podem ter influência sobre a adesão. Os mais importantes são aqueles relacionados à complexidade do regime medicamentoso, à duração do tratamento, às falhas terapêuticas anteriores, às mudanças frequentes no tratamento, à imediatividade quanto aos efeitos benéficos, aos efeitos adversos e à disponibilidade por parte da equipe de saúde para continuidade do tratamento.

Fatores relacionados ao paciente

Estes fatores são representados pelos recursos, conhecimentos, pelas atitudes, crenças, percepções e perspectivas do paciente. O conhecimento e as crenças do paciente sobre a própria condição de saúde, motivação para tratá-la, confiança e autoeficácia na capacidade de envolvimento para manejar a doença, e a expectativa com relação ao resultado do tratamento e as consequências de uma adesão insuficiente, interagem de maneira ainda não bem entendidas sobre a adesão ao tratamento. Alguns dos fatores relacionados ao paciente, que podem exercer influência sobre a adesão são: esquecimento, estresse psicossocial, possíveis efeitos adversos, baixa motivação, conhecimento e habilidade para manejar os sintomas relacionados à doença e ao tratamento, falta de percepção

quanto à necessidade do tratamento, não percepção do efeito do tratamento, crenças negativas com relação à efetividade do tratamento, baixo entendimento e pouca aceitabilidade da doença e também ao monitoramento dela, falta de crença no diagnóstico, falta de percepção dos riscos relacionados à doença e frustração com os profissionais de saúde que o atendem (SABATÉ, 2003).

Estudo recente realizado nos Estados Unidos, pela *National Community Pharmacists Association* (NCPA), o qual investigou o comportamento de norte-americanos frente à adesão à farmacoterapia, concluiu que cerca de três quartos dos adultos de 40 anos ou mais, com uma condição crônica, admitem pelo menos um comportamento não aderente nos últimos 12 meses e, mais da metade relatou múltiplas formas de descumprimento. A média foi de cerca de dois tipos de comportamento de não adesão por paciente. A estimativa de custos da não adesão, nesse caso, foi de U\$ 290 bilhões (NCPA, 2013).

A prevalência dos comportamentos arrolados pelos cidadãos norte-americanos, nos últimos doze meses anteriores à entrevista, encontra-se relatada na Tabela 1.

Tabela 1 – Comportamento de norte-americanos em relação à adesão a farmacoterapia

| Comportamento | Prevalência (%) |
|---|-----------------|
| Esqueceu de se administrar doses de medicamento | 60 |
| Esqueceu se já havia tomado um medicamento de que necessitava | 30 |
| Não usou a prescrição a tempo de continuar o tratamento | 28 |
| Tomou uma dose menor | 22 |
| Não usou uma prescrição logo após que a recebeu | 20 |
| Parou de utilizar a prescrição antes do tempo previsto | 14 |
| Administrou um medicamento antigo para um novo problema sem consultar um médico | 7 |
| Tomou uma dose maior que a prescrita | 6 |
| Utilizou o medicamento de outra pessoa | 5 |

Fonte: Adaptado de NCPA (2013).

Esse estudo, em continuação, relata que 90% dos pacientes que referiram esquecer de tomar os medicamentos não o fazem corriqueiramente. Quanto mais idosos os usuários, maior a adesão ao tratamento e menor abandono de tratamento por reação adversa. Quanto ao atendimento por profissionais da saúde, os que são sempre atendidos pelo mesmo médico possuem maior adesão, acontecendo o mesmo quando possuem maior ligação com o farmacêutico ou ao *staff* dele.

Quanto ao tipo de local de serviço farmacêutico prestado, os que são atendidos em farmácias de bairro possuem maior adesão ao tratamento do que os atendimentos em farmácias de redes ou menos ainda quando via *e-mail*.

Relatam que o processo de comunicação é muito importante para a adesão ao tratamento. Em complementação, os que vão sempre à farmácia ou que possuem maior tempo de relação com o *staff* de uma farmácia, mesmo com utilização de maior número de medicamentos (cinco ou mais), possuem maior adesão. Também os que vivem em cidades do interior possuem maior adesão ao tratamento por possuírem maior contato com a farmácia do que nas áreas urbanas.

Quanto ao acesso aos medicamentos, 25% acham um pouco difícil adquirir, e 10% afirmam que é muito difícil adquirir, sendo que esse fator reflete em 9% de diferença na declaração de adesão entre os grupos. O grupo de pacientes que pensa ser importante seguir o que o médico recomendou possui 81% de adesão frente a 77% dos que não acham importante. Os pacientes que percebem que o tratamento está surtindo efeito e os que se sentem bem possuem maior adesão. Quanto ao grupo que se sente mais informado sobre sua saúde e sobre seus medicamentos ou que acham fácil de administrar, observa-se o mesmo efeito: maior adesão ao tratamento. No caso sobre o paciente achar difícil de administrar-se um medicamento a adesão cai para um terço frente aos que não acham difícil.

6.5 Métodos de mensuração de adesão ao tratamento

A adesão constitui-se como um comportamento observável. Pode-se observar um paciente continuamente e por um tempo determinado quanto ao número e tipo de comprimidos a serem tomados e comparar com o tratamento prescrito (SAJATOVIC et al., 2010). Entretanto, ao medir o comportamento de adesão não se revela o motivo da não adesão. Por isso, a avaliação precisa do comportamento que leva à adesão é fundamental para a investigação do tema.

Existem vários métodos e técnicas para avaliar a adesão ao tratamento em doenças crônicas, alguns com recursos tecnológicos bastante avançados, porém nenhum com acurácia perfeita (CARVALHO et al., 2003; SAJATOVIC et al., 2010).

Os métodos disponíveis para mensurar a adesão são classificados em métodos diretos e indiretos (OSTERBERG; BLASCHKE, 2005; SAJATOVIC et al., 2010). Mesmo métodos de tecnologia assistida, como a Monitorização Eletrônica de Administração – *Medication Event Management Systems* (MEMS), frequentemente apresentados como padrão-ouro, porém eles somente acompanham a abertura e o fechamento dos frascos de medicamentos e não a ingestão do medicamento (SAJATOVIC et al., 2010).

A seguir são descritos alguns dos métodos mais utilizados, divididos em métodos indiretos e métodos diretos.

Métodos Indiretos

Geralmente, são métodos de menor custo, porém, são sujeitos a um maior número de vieses. Incluem perguntar para o paciente sobre o quão fácil é para ele tomar o medicamento prescrito, avaliar a resposta clínica, contagem de comprimidos, medidas de refil, questionários padronizados, monitoramento eletrônico e averiguação da taxa de dispensação da prescrição na farmácia (OSTERBERG; BLASCHKE, 2005).

Questionários ou entrevistas

Existem instrumentos de caráter geral e específicos para determinadas enfermidades. Os questionários gerais apresentam algumas vantagens em relação aos específicos, pois podem ser aplicados a diversas enfermidades e permitem que a adesão seja avaliada de uma forma mais ampla. Como exemplo, cita-se o questionário de Morisky-Green, validado e aplicado em diversas doenças e avalia a adesão com base no comportamento do paciente com relação ao tratamento (AGUILAR et al., 2009).

Questionários como o *Drug Attitude Inventory* (DAI-10 e DAI-30) e o *Neuroleptic Dysphoria* (ND), que são específicos para esquizofrenia, normalmente apresentam problemas, por não levarem em conta as motivações dos pacientes para tomar ou rejeitar o medicamento. Já a escala *Rating of Medication Influences* (ROMI), elaborada por Weiden e colaboradores, também específica para esquizofrenia, e o questionário específico para hipertensão arterial, *Maastricht Utrecht Adherence in Hypertension* (MUAH), apresentam como limitação o fato de serem excessivamente longos e requererem um bom nível sociocultural para suas compreensões (CHAMORRO et al., 2008). Cita-se, ainda, o *Diabetes Quality of Life Measure*, para avaliação da qualidade de vida em pacientes com diabetes. O questionário contém 46 perguntas e foi criado para ser aplicado em um estudo clínico, multicêntrico, randomizado, com o objetivo de avaliar os efeitos do tratamento intensivo em pacientes com diabetes *mellitus* tipo I. No entanto, o questionário não é adequado para pacientes com diabetes *mellitus* tipo II, nem para idosos (CORRER et al., 2007).

Contagem de comprimidos

A adesão é acessada a partir da diferença entre a quantidade de comprimidos inicialmente dispensada ao paciente e a quantidade de comprimidos remanescentes na embalagem na data da contagem. O resultado dessa subtração fornece a quantidade de comprimidos utilizada naquele período. Este valor é então dividido pela quantidade de comprimidos que teoricamente teria sido ingerida se o paciente nunca deixasse de tomar o medicamento conforme

a prescrição médica. Após, o resultado é multiplicado por 100 e expresso em porcentagem de adesão (FARMER, 1999).

No entanto, a ausência de comprimidos não assegura que os mesmos tenham sido administrados (SAJATOVIC et al., 2010). Para amenizar este efeito, alguns autores realizaram estas contagens em visitas surpresas ao domicílio dos pacientes (SOLÁN; REDÓ; GARCIA, 2007; SAJATOVIC et al., 2010). Apesar dos possíveis vieses inerentes ao método, ele continua sendo amplamente adotado, principalmente em ensaios clínicos, tendo em vista a sua simplicidade e o baixo custo.

Monitorização eletrônica de administração

Consiste em um microprocessador afixado na tampa de recipientes especiais (MEMS) para armazenar os medicamentos, com grande aceitabilidade por parte dos pacientes (ZELLER et al., 2008). Cada vez que a tampa é retirada, a data e hora são registradas (FARMER, 1999).

Wu e colaboradores (2008) buscaram estabelecer a relação entre a adesão ao tratamento e o tempo para eventos clínicos ligados à insuficiência cardíaca, bem como morte e hospitalização. Para tal, valeram-se de duas metodologias: autorelato e MEMS. A porcentagem de doses prescritas tomadas e a porcentagem de dias em que as doses foram corretamente tomadas puderam prever os desfechos clínicos. O mesmo não foi verificado com a porcentagem de doses tomadas pontualmente, bem como com autorelato da adesão. Pode-se perceber a superioridade do MEMS em reportar adequadamente a medida a que se propõem.

Por meio deste método, pode-se analisar não somente a quantidade de medicamentos ingerida, mas também se os horários da administração dos medicamentos estão sendo seguidos corretamente, apesar de o ato de abrir o recipiente não garantir a tomada dos medicamentos: o paciente pode acidentalmente, ou até mesmo proposadamente abrir o frasco sem, contudo, usar o medicamento (FARMER, 1999).

Um novo sistema eletrônico dispensador de medicamentos foi desenvolvido, o *Real Time Monitoring Medication* (RTMM), que, ao contrário do MEMS, registra os dados em tempo real. Além disso, o sistema combina o monitoramento do uso de medicamentos com um aspecto de lembrete (VERVLOET et al., 2011). Em um estudo exploratório, em que os pacientes foram lembrados da sua ingestão diária de medicamentos por meio de serviço de mensagens curtas (SMS) observou-se uma melhora em curto prazo, na adesão em pacientes com diabetes *mellitus* tipo 2. No entanto, os efeitos foram diminuindo ao longo do tempo (VERVLOET et al., 2011).

Alguns estudos mostram que os sistemas de monitorização eletrônica têm melhorado os níveis de controle da pressão arterial. Hawkshead e Krousel-Wood

relatam um estudo com 69 pacientes, em que um terço dos pacientes tiveram seus níveis pressóricos normalizados após a monitorização (HAWKSHEAD; KROUSELWOOD, 2007; SHI et al., 2010). No entanto, existem algumas limitações do método quanto ao seu uso em ambiente ambulatorial, pois os pacientes podem manipular o aparelho, resultando numa medição irreal (SHI et al., 2010).

Medida de refil

Consiste em medir a taxa de adesão aos medicamentos a partir dos registros da farmácia de venda e/ou retirada de medicamentos pelos pacientes. É um método não invasivo, objetivo e barato. Como limitações, apresenta o fato de ser possível somente para formas farmacêuticas sólidas, não conseguindo acessar os horários de administração dos medicamentos e não levar em consideração outras formas de aquisição dos mesmos, como viagens prolongadas e hospitalizações ou descontinuação do uso do medicamento por indicação médica (HESS et al., 2006). É um método objetivo e de fácil obtenção dos dados. Apresenta como fatores limitantes a equivalência com relação à ingestão dos medicamentos e requer um sistema informatizado na farmácia (OSTERBERG; BLASCHKE, 2005). A medida de adesão baseada nos registros de dispensação tem sido mostrada como um indicador válido e confiável em estudos de associação com resultados virológicos e imunológicos, progressão clínica e mortalidade (GOMES et al., 2009). Destaca-se pela oportunidade de se avaliar todos os pacientes que iniciaram a terapia e que retornam mensalmente para retirar os medicamentos, sendo possível verificar a situação de cada um, as ocorrências de irregularidades e as interrupções do tratamento (GOMES et al., 2009).

Autorrelato

Consiste em perguntar diretamente ao paciente sobre a forma como utiliza os medicamentos. No caso de o paciente relatar não adesão à terapia, o resultado torna-se bastante fidedigno, possuindo um valor preditivo positivo alto (CHAMORRO et al., 2008). É o método de avaliação de adesão mais utilizado na prática clínica. Esta avaliação pode ser feita por meio de questionários, entrevistas semi-estruturadas ou conversas mais informais. As entrevistas e os questionários são considerados um método de fácil execução, baixo custo e permitem, também, a avaliação do padrão das falhas na adesão e os motivos pelos quais aconteceram. A principal limitação para o uso de “autorrelatos” como método para avaliação da adesão é que eles tendem a superestimá-la (OLIVEIRA et al., 2005; OSTERBERG; BLASCHKE, 2005). Esta medida é considerada pouco sensível, porém bastante específica no diagnóstico de não adesão (HAYNES et al., 1980; ZELLER et al., 2008).

No entanto, a acurácia depende de alguns fatores: relacionados ao método e à maneira como as perguntas são feitas, se abertas ou fechadas (KLUNGEL

et al., 2000; SHI et al., 2010); e relacionados às habilidades de comunicação e à experiência do entrevistador (FODOR et al., 2005; SHI et al., 2010).

Relato do prescritor

É uma abordagem que consiste em questionar o médico sobre como ele acredita ser o uso dos medicamentos por seu paciente. No entanto, este método mostra-se pouco sensível, pois os clínicos tendem a superestimar a adesão, falhar na detecção de não adesão, podendo, dessa forma, desperdiçar oportunidades importantes na intervenção para uma possível melhora na terapêutica (MILLER et al., 2002).

Métodos diretos

São exemplos de métodos diretos a medida de concentração do fármaco ou de um metabólito no sangue ou urina, como também a detecção ou mensuração no sangue de um marcador biológico adicionado a um fármaco. São métodos com uma maior confiabilidade, sendo a melhor medida para se verificar o uso do medicamento, proporcionando uma curva dose-resposta. Apresentam como desvantagem o fato de serem mais caros e invasivos, podendo haver uma baixa aceitabilidade por parte dos participantes do estudo (VITOLINS et al., 2000; MUGAVERO et al., 2010). Outra questão a ser considerada, são as variações no metabolismo e white coat adherence (paciente administra-se os medicamentos quando vai comparecer à consulta), podendo gerar uma ideia falsa de adesão (OSTERBERG; BLASCHKE, 2005). A concentração do fármaco em fluidos biológicos pode ser alterada por diferenças individuais na absorção, distribuição, metabolização e excreção, além de que concentrações baixas e/ou erráticas não são necessariamente indicativos de não adesão (MUGAVERO et al., 2010).

Níveis plasmáticos

O monitoramento dos níveis de medicamento no sangue tem sido considerado uma medida direta e objetiva de adesão aos medicamentos, que pode ser usada tanto na clínica quanto em pesquisas. A análise é feita mediante o resultado de um exame de sangue que indica os níveis de medicamento presentes. Alexander e colaboradores, citados por Berg e Arnstein (2006), demonstraram associação entre baixos níveis de medicamento no sangue com autorrelato de não adesão e falência terapêutica (BERG; ARNSTEN, 2006; POLEJACK; SEIDL, 2010).

Apesar de ser uma medida direta, apresenta várias desvantagens. A principal delas é que o exame de sangue só é capaz de refletir a ingestão do medicamento nas últimas 24 horas, ou seja, pacientes cientes de que irão colher sangue podem ingerir os medicamentos no dia anterior, sem, contudo, significar que

vinham tomando os medicamentos de modo regular anteriormente. Outra limitação do método é que os resultados podem variar devido a fatores como a interação com outros medicamentos ou com determinados alimentos. Entretanto, o fator que mais dificulta sua utilização em grande escala é o custo elevado, além da necessidade de equipamentos e procedimentos de coleta padronizados (POLEJACK; SEIDL, 2010). Diversos estudos vêm adotando métodos cada vez mais sensíveis e precisos para detecção de níveis plasmáticos, seja do próprio medicamento, de metabólitos ou de marcadores biológicos (SEREBRUANY et al., 2007).

6.6 Intervenções para melhorar a adesão ao tratamento

De acordo com o Guideline *The National Collaborating Center for Primary Care*, de 2009, as intervenções existentes para melhorar a adesão ainda são inconclusivas, ou seja, as intervenções são utilizadas apenas para resolver os problemas práticos associados com a não adesão, quando uma necessidade específica é identificada. As intervenções podem incluir: encorajar os pacientes para monitorar o tratamento, simplificar o regime de dosagem, seja através de embalagem alternativa ou sistema multicompartimentado de medicamentos e sugestão de registro quando da administração de medicamentos.

Nos Estados Unidos, o programa governamental *Medicare part D* estimula a participação de outros profissionais da saúde no intuito de melhorar a adesão ao tratamento. Especial atenção é dada aos farmacêuticos que aplicam o método Medication Therapy Management (MTM) para melhorar o uso dos medicamentos pela população e reduzir o risco de efeitos adversos (NEHI, 2013). Trata-se de um método em que se realiza a revisão da utilização de medicamentos por parte do paciente, buscando identificar a existência de problemas relacionados com medicamentos e suas causas, bem como identificar se existe necessidade de educá-lo para o melhor uso da farmacoterapia.

No caso específico de efeitos adversos à conduta, as recomendações, segundo o *The National Collaborating Center for Primary Care*, são: discutir com o paciente como ele gostaria de lidar com os efeitos indesejáveis; discutir os benefícios, os efeitos adversos e efeitos a longo prazo com o paciente, de modo a lhe permitir fazer uma escolha informada; considerar o ajuste de doses; considerar a mudança para outro medicamento; considerar outras estratégias, como, por exemplo, o calendário de medicamentos (NICE, 2009).

Mesmo com limitações, algumas intervenções mostram-se potencialmente adequadas para aumentar a adesão ao tratamento farmacológico. Ao analisar as revisões existentes sobre o tema, encontramos vários tipos de intervenção, que podem ser classificados em cinco grupos:

- **Educação de pacientes e/ou cuidadores:** Intervenção pedagógica, verbal ou escrita, com fundamentação no conhecimento e ênfase na transmissão de informação. A intervenção pode ser realizada face a face ou em grupo, por meio do uso de materiais escritos, audiovisuais, postagem de materiais e instruções por telefone (ROTTER et al., 1998). Nessa intervenção, o profissional pode avaliar o que o paciente entende sobre sua enfermidade e seu tratamento. Com essa informação, pode realizar a educação quanto ao que fazer se perder, esquecer ou demorar em tomar uma dose; efeitos adversos que podem ocorrer; ao administrar-se pela primeira vez o medicamento, quais efeitos adversos podem ser esperados e o que fazer; quando o uso do medicamento pode ser interrompido, quando se dá por terminado o tratamento, quais condições devem ser mantidas sobre controle, possíveis interações e sintomas que podem ser sentidos durante o uso do medicamento. As informações devem ser claras, inteligíveis e simples. Interpretações errôneas devem ser antecipadas e desacreditadas. O conhecimento da rotina do paciente pelo profissional é encorajado para que esse possa adaptar o tratamento ao dia a dia do paciente. Recomenda-se que, para melhor aceitação do paciente, os tratamentos farmacológicos e não farmacológicos sejam escalonados (HAYNES, 2001). Schoerder e colaboradores (2004) apontam que essas intervenções são programas educacionais, nos quais se pode empregar diapositivos, livros, educação em grupo, material educativo impresso ou recursos visuais, leitura, discussão e testes de conhecimento.
- **Simplificação de regime terapêutico:** Entre as revisões selecionadas, a de Schroeder e colaboradores (2004) foi a única que considerou essa intervenção. Ela traz exemplos de simplificações de regime como: uso do medicamento uma vez *versus* duas vezes ao dia; transdérmico *versus* oral; combinação de medicamentos em um comprimido *versus* uso separado dos mesmos. Essa abordagem é bastante empregada entre os profissionais que se preocupam com a adesão ao tratamento (GUIRADO, 2012), sendo que alguns pesquisadores avaliam o índice de complexidade dos tratamentos, dando uma ideia da dificuldade de ter adesão ao tratamento (MUIR et al., 2001).
- **Monitoramento especial:** São intervenções que utilizam recursos especiais para auxiliar na adesão ao tratamento. Os exemplos relatados são: dispensadores ou organizadores de doses a serem utilizadas; lembretes em forma de planilhas; mensagens via celular; alertas via celular ou tablet; autoregistro de medidas de parâmetros biológicos; visitas mensais domiciliares; ensino para a autodeterminação; aconselhamento; telefonemas de enfermeiras; suporte social; treina-

mento em pequeno grupo; lembretes postais; aconselhamento por meio de programa de computador, entre outros (SCHROEDER et al., 2004).

- **Motivação:** Intervenção que utiliza estratégias que procuram influenciar a adesão por meio de apelos a sentimentos, emoções, relacionamento social, suporte social ou familiar e aconselhamento (ROTTER et al., 1998). Busca motivar o paciente a receber ajuda de familiares, amigos e profissionais da saúde. Pode ser realizada por meio de intervenção do profissional junto aos familiares (consultando antes o paciente sobre esta possibilidade), para que haja compreensão da situação do paciente; colaboração para lembrar o paciente de tomar o medicamento; reforço positivo para seguir o tratamento; colaboração na monitorização dos resultados terapêuticos e ajuda no comparecimento às consultas (HAYNES, 2001).
- **Envolvimento de outros profissionais da saúde:** Compreende intervenções que podem ser classificadas em cada uma das antes descritas, mas que interferem diretamente nos profissionais da saúde. Os meios mais utilizados são programas educacionais para ajudar profissionais a aperfeiçoarem a abordagem para a adesão ao tratamento de seus pacientes, por meio da otimização de instruções e comunicação ou por meio de intervenções comportamentais (p. ex, entrevista motivacional), usualmente fundamentadas na provisão de lembretes aos profissionais, objetivando que executem ações preventivas com seus pacientes (ROTTER et al., 1998).

Algumas revisões consideram a necessidade de realização de intervenções complexas em saúde e mesmo institucionais, o que inclui as combinações de intervenções. Como exemplos podemos citar intervenções que combinam visita domiciliar, educação e dispositivo especial de dosificação; material educativo impresso, lembrete telefônico, lembrete postal e carta educacional (SCHROEDER et al., 2004; HAYNES, 2001).

O automonitoramento pelo paciente é uma ferramenta que auxilia os profissionais da saúde a identificar problemas na adesão ao tratamento, como também serve de estímulo a pacientes para que melhorem a adesão, uma vez que apresentam um *feedback* dos resultados que vão sendo obtidos (ZULLIG; PETERSON; BOSWORTH, 2013). As medidas mais comumente utilizadas são da pressão arterial sistêmica e dos níveis de glicose. Ensaio clínico, realizado por Stewart e colaboradores (2014), em farmácias comerciais, utilizou o automonitoramento da pressão arterial sistêmica em conjunto com intervenção farmacêutica em pacientes hipertensos, com problemas de adesão ao tratamento. Como resultado, o estudo apresentou

um número 22% maior de pacientes com adesão ao tratamento no grupo intervenção em comparação ao grupo controle ($p = 0,007$). Esse tipo de abordagem pode contribuir para aumentar o empoderamento do paciente sobre a farmacoterapia.

6.7 Comunicação no contexto da adesão ao tratamento

Observando-se o contexto dos fatores que levam à não adesão ao tratamento e às intervenções preconizadas para melhorar a adesão ao tratamento, pode-se identificar, em vários pontos, que a comunicação é fator essencial. Ao olharmos melhor para a comunicação neste contexto, não se pode reduzi-la a apenas um processo a ser realizado. Na realidade, trata-se da construção de uma relação profissional que pode ter alguns modelos de atuação. Na história da profissão farmacêutica, o profissional farmacêutico nos primórdios, tratava de manter uma relação com a pessoa e o médico. A partir dessa relação, formulava os medicamentos para aquele indivíduo. Com a industrialização, ocorreu a transformação de uma relação terapêutica para uma relação de fornecimento de produto, mesmo que o paciente continue com a ideia de que o medicamento o “livra de todos os males”.

A abordagem dos profissionais da saúde fala em transformações, em que houve uma mudança de paradigma, do modelo biomédico para o modelo centrado no paciente (STEWART et al., 2010). Barbara Starfield (2010) vai além e nos demonstra a necessidade de que, em atenção básica/primária em saúde, a abordagem seja centrada na pessoa. Farmacêuticos possuem como intermediário da prestação de serviços o medicamento. As ações estavam centradas no medicamento. Como poderiam ser os modelos farmacêuticos dentro dessas abordagens, realizadas por vários profissionais da saúde? Uma leitura possível dessa realidade encontra-se no Quadro 1.

Quadro 1 – Diferenças entre abordagens de modelos de cuidado utilizados por farmacêuticos

| | Centrado no medicamento | Centrado no paciente | Centrado na pessoa |
|-----------------------|---|--|---|
| Característica | Geralmente refere-se à interação com a prescrição, às vezes, sem interação alguma com a pessoa. | Geralmente a interação interpessoal acontece em encontros por retirada de medicamentos ou por consultas agendadas. | Refere-se a uma interação todo o tempo, não somente em encontros. |

| | Centrado no medicamento | Centrado no paciente | Centrado na pessoa |
|-----------------------------------|--|---|--|
| Ponto de partida | Orientado por uma prescrição ou necessidade percebida de uso de um medicamento. | Pode ser orientado por episódios de problemas relacionados com medicamentos identificados em retirada de medicamentos ou consultas agendadas ou busca de resolução de problemas relatados pelo usuário. | Considera os episódios de problemas relacionados com medicamentos como parte das experiências de cuidado da saúde ao longo do curso da vida pessoal. |
| Ponto central | Geralmente centrada em torno do acesso a medicamentos – distribuição de medicamentos. | Geralmente centrado em torno do manejo da farmacoterapia. | Vê o uso de medicamentos como um fenômeno inter-relacionado com o viver. |
| Abrangência | Geralmente não visualiza doença/comorbidade/pessoa. Visualiza, no máximo, como participante de programa. | Geralmente visualiza a farmacoterapia como número de medicamentos, forma de utilização e relação com o número de doenças. | Muitas vezes considera a farmacoterapia dentro do contexto da relação da pessoa com o uso de cada medicamento e do tratamento em si e com a própria doença. |
| Importância do medicamento | Visualiza a pessoa como “tomador/ usuário de medicamento(s)”. | Geralmente visualiza o medicamento como necessário para um sistema corporal específico. | Geralmente visualiza o medicamento como em uso para sistemas corporais inter-relacionados, em uma determinada situação psicossocial. |
| Acompanhamento | Usa sistema de controle de estoque, não registra dados do paciente normalmente. | A evolução dos problemas está relacionada aos desfechos da farmacoterapia considerando-se a enfermidade e assim registrada no prontuário. | A evolução dos problemas está relacionada não somente aos desfechos da farmacoterapia, mas também ao bem estar psicossocial e empoderamento da pessoa. |
| Objetivo | O mais importante é disponibilizar medicamentos. | O mais importante é a evolução dos resultados da farmacoterapia frente à doença. | O mais importante é a evolução da experiência pessoal com o uso de medicamentos no contexto dos problemas de saúde e do próprio viver. Inclui-se nessa evolução a melhora das relações terapêuticas com os profissionais da saúde. |

Fonte: Fundamentado no artigo de Starfield (2010).

Uma pergunta a ser respondida diz respeito ao que é pessoa dentro dessa abordagem. Humberto Maturana nos apresenta uma forma de entender a pessoa, falando da formação como ser dentro da sociedade e a forma como nos relacionamos (MATURANA, 1978; MATURANA, 1988).

A pessoa

Se olharmos ao nosso redor e analisarmos a história de cada uma das pessoas que estão passando por nossos olhos, podemos nos questionar: como são elas? Todas nasceram e vieram ao mundo, na maioria dos casos, no seio de uma família. Quando despertaram para esse mundo não se comunicavam por palavras. O não verbal, o choro, o sorriso, o balbuciar de sons foi a forma como cada pessoa tentava se comunicar e, de fato, se comunicava com o mundo onde estava inserida.

Aos poucos começou a aprender palavras que os familiares e outras pessoas do convívio lhe diziam para repetir. Todos devem se lembrar da tentativa para que a criança fale “papai”, “mamãe”, “vovó”... Mas, ao certo, durante um bom tempo é o não verbal a linguagem mais utilizada para se expressar. O choro traz atenção, o fazer algo traz um tom carinhoso na fala dos que estão ao redor. Uma travessura, palavras em outro tom. Uma ação destemida que leva a uma situação de risco, outro tom. A criança inicia sua integração na família pelo sentimento de afeto e por outros, que lhe são demonstrados, junto com a linguagem que tentam fazer com que ela se aproprie. Aprende palavras, aprende a caminhar de um jeito que é peculiar à comunidade, à cultura e assim por diante.

Essas ações, definidas por tons e sons diferentes, são, na realidade, consensos sobre como proceder frente a algumas situações. Uma criança que começa a caminhar, em nosso meio cultural, que se aproxime do fogo de uma lareira, tentando tocá-lo, os pais, provavelmente, vão correr para impedir esse ato, além de que tons e sons demonstram preocupação com o risco iminente. Entre os índios Mbyá-Guarani, normalmente, não acontece dessa forma, pois: os pais vão cuidar os passos da criança até ela chegar perto do fogo de chão e, quando, ela tentar “pegar” o fogo, um dos pais vai segurar a mão da criança próximo da chama para ela sentir o calor extremo e, por sua vez, o perigo de realizar essa ação. Imagine agora um casal formado por um(a) descendente da cultura ocidental e um(a) Mbyá-Guarani quando estiverem frente a essa situação. Necessariamente vão ter que consensuar ideias e ações sobre como proceder no caso da educação da criança que quer “pegar” o fogo. Isso ocorre quase que diariamente frente a criança. Os pais, muitas vezes, possuem ideias divergentes, que vêm das próprias famílias e comunidades, com as quais aprenderam consensos de ideias e ações, ou seja, consensos comportamentais.

As palavras fazem sentido porque consensuamos chamar de amarelo uma determinada cor para a qual designamos essa forma linguística.

Também consensuamos como devem ser nossas ações, na maioria das vezes fundamentadas em consensos de ideias. A criança vai passo a passo sendo incorporada numa família-comunidade-sociedade. O pai vem de uma família que tinha consensos de ideias e ações. Foi necessário, ao longo do desenvolvimento, coordenar seus consensos de ações e ideias com os das outras pessoas. A criança começa a se desenvolver nesse meio, onde, por meio do linguajar, as pessoas se expressam e, vê os pais coordenando os consensos comportamentais com os de outras pessoas para conseguirem conviver. Quando recebe visitas dos avós acontece o mesmo, as pessoas se relacionam pelo linguajar e vão coordenando consensos de ideias e ações.

Ao iniciar a participação na comunidade, por exemplo, na escola, desde pequeno vai ter que coordenar seus consensos de ideias e ações (consensos comportamentais) com os das outras crianças, dos professores e assim por diante. Mas, agora existe uma mudança, partiu-se da comunicação não verbal para a associação com a verbal. Parece que a primeira tem cada vez menos importância, ou melhor, está sendo menos notada.

A linguagem não se dá no corpo como um conjunto de regras, mas flui na busca de relacionamentos que se dão pela tentativa de coordenar consensos de ideias e ações de cada indivíduo. Essa pessoa traz consigo toda sua história a qual acontece dentro de um ou mais contextos, principalmente no que se pode chamar de domínios de ações, que se expressam por meio de emoções. Portanto, as comunidades humanas são fundadas em emoções e coordenações comportamentais consensuais que as pessoas realizam.

Uma pessoa pode fazer parte de mais de uma comunidade. Os profissionais da saúde fazem parte, por exemplo, de duas comunidades, no mínimo. Uma é a comunidade das pessoas que são não profissionais da saúde, como seus vizinhos e amigos, com os quais compartilha o senso comum, o qual possui comportamentos consensuados, que incluem consensos de ideias e ações. Por exemplo, possuem o consenso de que 360 é maior que 25. Outra, a dos profissionais da saúde, que estão fundamentados no senso científico de ver o mundo. Se considerar uma dose de medicamento, 360 pode não ser maior que 25.

Em um encontro entre pessoas de senso de mundo diferentes faz-se necessário o estabelecimento de um consenso entre o consenso comportamental consensual de um com o consenso comportamental consensual do outro. Ora, isso implica que na dose do medicamento deve-se esclarecer que existe um consenso científico estabelecido, por experimentação e visão da realidade, que 360 mg pode ter o mesmo efeito de 25 mg, visto a correlação entre dose e efeito. E o outro deve compreender o que estou falando segundo meu consenso comportamental consensual, que afirma que uma dose de 360 mg pode ser equivalente a uma dose de 25 mg e, que o consenso comportamental consensual de que 360 mg é maior que 25 mg não se aplica nesse caso.

Muitas situações em nosso dia a dia levam-nos a esclarecer que o médico não errou, que a dose prescrita agora de propranolol 360 mg não é tão alta que possa trazer dano, pois quase “se equivale” a dose de 25mg de hidroclorotiazida que o paciente já vinha tomando. Também ao falar de seu consenso, o profissional não pode levar emoções errôneas na relação com a outra pessoa. Ela não é idiota ou possui baixa cognição por pensar diferente. O consenso de ideias e ações constituído pelo senso comum levou a um consenso comportamental consensual sobre o assunto e ela é inteligente o suficiente para tecer considerações e avaliações dentro do conhecimento consensual de comportamentos consensuados. Como profissionais de saúde deve-se buscar coordenar os consensos comportamentais consensuais próprios com os da pessoa usuária de medicamentos. Muitas vezes essa coordenação de consensos comportamentais consensuais inicia em uma consulta sobre a forma de entrevista.

6.8 Entrevista de usuários de medicamentos realizada por farmacêuticos

O encontro clínico entre um usuário de medicamentos e um farmacêutico, no qual acontece comunicação em que se busca coordenar consensos comportamentais, é o contexto onde se dá a oportunidade do estabelecimento de uma relação terapêutica. Vai depender muito da abordagem realizada pelo profissional para que se estabeleça uma relação terapêutica em sua essência – uma aliança entre o profissional e o usuário do serviço com o fim específico de satisfazer as necessidades de assistência à saúde do segundo. É um ato de cuidado de uma pessoa, centrado em seu ser integral e não simplesmente no estado de ser um usuário-de-medicamento. Um único encontro não é nem o começo nem o fim de uma história que se concretiza na relação terapêutica entre a pessoa e o farmacêutico. Cada novo encontro traz lembranças de encontros anteriores, uma vez que, em alguns, não acontece a finalização de certas questões, que deverão ser retomadas a seu tempo (TINDALL; BEARDESLEY; KIMBERLIN, 1994). Uma parte dessa história deve ser registrada e ficar disponível para consultas posteriores. O processo de comunicação farmacêutico-indivíduo necessita de alguns fatores para ocorrer em sua plenitude, conforme descrito a seguir.

O local do encontro

Pode acontecer no balcão da farmácia, em um consultório, na residência, no hospital ou em uma parte da farmácia preparada para esse fim. Não existe uma receita de local, ele pode depender de aspectos culturais e da possibilidade

de infraestrutura do serviço. Mas alguns princípios devem ser respeitados: em primeiro lugar deve ter condições de acolhimento à pessoa, de respeito por sua condição física, bem como prover conforto para a realização da entrevista-consulta. Poluições visuais, ruídos, iluminação inadequada ou fatores que permitam o desvio da atenção do entrevistado não devem fazer parte do ambiente. As cores deste devem ser claras, que tragam a sensação de conforto e acolhimento.

O ambiente é parte integrante do contexto onde se realiza o encontro farmacêutico-indivíduo e pode ter influências fundamentais no resultado de um processo de atendimento. Não pode haver a impressão de que o farmacêutico não quer falar com o usuário do sistema de saúde, que o mesmo se acha superior ao usuário. O atendimento por meio de um balcão com grades ou visor de vidro traz a sensação de pouca vontade de comunicar-se. Se o nível do solo onde se posiciona o profissional é mais alto que aquele onde está o usuário, essa impressão de superioridade em relação ao outro torna-se mais acentuada. Deve-se, então, atentar para que a área física não represente uma barreira para a comunicação (TINDALL; BEARDESLEY; KIMBERLIN, 1994).

O objetivo do encontro

O profissional farmacêutico deve ter consciência e conhecimento do tipo de serviço oferecido, pois cada um deles possui um objetivo que pode ser alcançado, considerando limitações e benefícios. Por outro lado, cada usuário tem necessidade a um ou outro serviço que lhe pode ser ofertado. Em realidade, os serviços mais específicos do farmacêutico, que poderíamos chamar de atividades de núcleo, têm por objetivo geral que a utilização de medicamentos traga o melhor benefício clínico, humanístico e econômico para o usuário e para a comunidade. Busca-se prevenir, identificar ou resolver problemas relacionados com medicamentos, para que, por meio dessa ação, se consiga atingir o objetivo geral, no que compete ao farmacêutico.

Além do mais, o profissional da saúde deve atuar, também, nos determinantes sociais que influem na saúde do indivíduo, da família e da comunidade. Pode-se resumir todos os fatos arrolados até agora afirmando “que o estabelecimento de uma relação terapêutica é a parte que efetivamente provê serviços de cuidados de saúde que o paciente necessita. O bem-estar do paciente é fundamental” (TINDALL; BEARDESLEY; KIMBERLIN, 1994).

A forma de atuar

O encontro farmacêutico-indivíduo pode acontecer de várias formas:

- 1) Por meio de uma conversa e entrega de medicamentos e informações sobre como deve ser utilizado, realizando uma comunicação quase

que exclusivamente de uma via, na qual eu-profissional-conhecedor relato como tu-indivíduo-não-conhecedor deves fazer para tomar um medicamento ou fazer um tratamento.

- 2) Por meio de uma entrevista estruturada, na qual todas as questões formuladas estão procurando atender um objetivo pré-determinado, preenchendo-se um formulário. Um exemplo destas entrevistas é o que se vê nos censos realizados pelo IBGE.
- 3) Por meio de uma entrevista semi-estruturada, na qual se tem uma lista de questões ou tópicos para serem preenchidos ou respondidos, como se fosse um guia. Existe uma estrutura a ser seguida, visando responder aos objetivos estabelecidos, contudo permite uma relativa flexibilidade. As questões não precisam seguir a ordem prevista, vão sendo executadas de acordo com o desenrolar do processo de comunicação, podendo, inclusive, serem agregadas novas perguntas. Mas, em geral, a entrevista seguirá o planejado. As principais vantagens das entrevistas semi-estruturadas são: possibilita o acesso à informação além do que se listou; permite esclarecer aspectos da entrevista; gera pontos de vista, orientações e hipóteses para o aprofundamento da investigação e definir novas estratégias e instrumentos de intervenção (MATTOS; LINCOLN, 2005; TOMAR, 2008).

A primeira forma de atuar não permite uma boa comunicação. A entrevista estruturada está quase sempre centrada em uma coleta de informações para uma análise e a implantação de uma intervenção, fundamentando-se na identificação de que um problema possui uma causa que levou a esse efeito. Pode-se citar como exemplo uma entrevista estruturada que tenha como objetivo unicamente estabelecer como o indivíduo utiliza um medicamento, ou seja, centrada no processo de utilizar um medicamento e ter um determinado efeito. Essas duas formas de se comunicar não necessitam que o profissional agregue ao conhecimento científico a arte do terapeuta em conduzir uma entrevista.

A entrevista semi-estruturada oportuniza uma maior inter-relação entre o indivíduo e o profissional da saúde. Em um primeiro momento o profissional deve ter conhecimento suficiente para identificar e ter habilidade em utilizar a estrutura da entrevista. Após, deve desenvolver habilidades para a parte não estruturada. Nesse caso, comunicação como processo necessita que o profissional desenvolva a arte do terapeuta (FUCHS; WANNMACHER, 2010).

Sackett e colaboradores (2003) relatam que a medicina baseada em evidências é a integração das melhores evidências científicas com a habilidade clínica e a preferência do paciente. Essa também é a visão da medicina de família e comunidade (STEWART et al., 2010).

A arte do terapeuta e o local de ser profissional

Assim, o primeiro e mais simples sentimento que quero compartilhar com você é minha satisfação quando consigo realmente escutar alguém. Creio que essa tem sido uma característica antiga em mim. Ocorrem-me meus primeiros dias de escola. Uma criança fazia uma pergunta à professora, e essa dava uma resposta perfeita a uma pergunta completamente diferente. Nessas ocasiões, um sentimento de dor e angústia sempre me invadia. Minha reação era: – Mas você nem mesmo o escutou! Eu sentia uma espécie de desespero infantil diante da falta de comunicação que era (e ainda é) tão comum. (ROGERS, 2002).

Rogers é um dos pioneiros nas mudanças de abordagem clínica dos profissionais da saúde, suas abordagens serviram de base para o desenvolvimento dos métodos centrados nas pessoas. Saber escutar, como é difícil. Primeiro, o ambiente deve estar preparado, com uma cenografia adequada e que permita que o profissional atenda a pessoa em um clima empático. Deve estar calado fisicamente ao receber o outro, e em silêncio mental – receptivo a escutar. O questionamento durante o encontro deve facilitar a expressão da pessoa, e o profissional mostrar interesse por quem fala, demonstrando essa condição não verbalmente, como, por exemplo, inclinando-se para a frente para melhor escutar a pessoa, anuindo com a cabeça, utilizando expressões como “HuHummmm!”. Não deve utilizar o tempo para realizar outra tarefa ou colocar toda sua atenção no preenchimento do formulário de entrevista. Deve, sim, ser um facilitador para a expressão do outro. No caso de sentimentos reportados e expressados pelo usuário, tanto verbalmente como não verbalmente, deve-se considerar os sentimentos da pessoa, tendo baixa reatividade (não desesperar-se ou deprimir-se junto). Assim poderá analisar melhor a situação. Deve sinalizar o que é importante a tratar logo a seguir, bem como clarificar o que não entendeu plenamente. E, se realmente entendeu, resumir brevemente o que a pessoa relatou.

Nesse contexto, as perguntas devem ser abertas e podem ser realizadas de forma distinta, mas devem apontar o objetivo desejado, como no exemplo a seguir:

- O que o trouxe até aqui?
- Qual é o seu problema?
- Em que posso ajudá-lo?

Essas perguntas permitem que a pessoa reflita sobre sua situação e, então, o profissional pode se expressar com algo como: “para que eu possa ouvi-la, para que eu possa voltar inteiramente para sua história”, sem outras preocupações, escutando-a e observando-a.

Perguntas fechadas nos trazem outro tipo de oportunidade:

- Você sabe como usar esse medicamento?
- Você está se sentindo melhor?

Não existe, nessa abordagem, expressar-se como oportunidade, é uma questão de deixar que o outro fale pouco, respondendo sim ou não. Sua serventia é para retomar o controle de uma conversação, quando, por exemplo, a pessoa é muito falante. Ou quando se quer investigar alguns fatores que não necessitam de informações detalhadas em um primeiro momento:

- O senhor já teve que parar de tomar algum remédio que lhe deu problema?
- O senhor já teve alguma reação depois de tomar algum remédio, tipo, por exemplo, manchas vermelhas e coceiras?

Mas o expressar não se dá apenas verbalmente. A comunicação na vida das pessoas iniciou de forma não verbal, sendo aos poucos substituída pela comunicação verbal. Especialistas relatam que, na realidade, somente 35% do significado social de qualquer conversa é devido as palavras pronunciadas (FELDMAN; MIRANDA, 2002). Desde o início do processo de entrevista, a comunicação não verbal está acontecendo, solicitando que o profissional esteja sempre observando os sinais dali advindos.

O processo de comunicação não verbal inicia pela cenografia. A própria forma como o profissional se veste, a higiene pessoal, são partes da cenografia que levam informações a pessoa atendida. Por outro lado, a expressão cenográfica da pessoa a ser entrevistada também nos traz informações, até mesmo se existe um pouco de depressão ou que não existem cuidados higiênicos. Como relatado antes, o ambiente faz parte da cenografia, iluminação, cores, cartazes, ruídos possuem sua influência (TOMAR, 2008).

Os chamados fatores proxêmicos também são relevantes e dizem respeito à distribuição do espaço para realização da entrevista, a forma de sentar-se, podendo esta assim se caracterizar: sentar sem barreiras entre os protagonistas da entrevista, ou sentar em uma mesa, mas largar tudo para ouvir a pessoa e inclinar-se para frente, demonstrando atenção. Nota-se, ao entrar em um elevador, que as pessoas procuram manter seu espaço sem invasão; da mesma forma, durante a consulta, deve-se evitar não invadir o espaço do outro. Entretanto, pessoas com idade avançada gostam do contato físico, de serem bem recebidas e cuidadas, talvez seja pela pouca atenção que, culturalmente se presta a elas.

Ao entrevistar, o profissional deve estar confortavelmente sentado, em estado de empatia. O corpo não deve se mostrar fechado ao entrevistado, sendo que mãos, braços, pernas, pescoço, face, tronco e pernas não devem

estar cruzadas, encolhidas, mas relaxadamente colocadas em uma posição de receptividade ao outro. Os gestos devem ser confortáveis, devendo-se olhar para o paciente, sem penetrá-lo, demonstrando atenção para com ele. Quando se dirige a palavra para o usuário, também se deve olhá-lo, principalmente para que possa ser ajudado na compreensão da dicção.

Durante a entrevista, o entrevistador deve observar o comportamento cinésico do corpo do entrevistado e avaliar: “O que me transmite essa pessoa?” Faz parte dessa análise o timbre e o tom de voz do entrevistado.

Habilidades do entrevistador

Aos poucos o profissional deve integrar essas ações descritas a sua prática profissional. É importante verificar a existência da necessidade de haver bidirecionalidade no processo de comunicação. Ao ouvir o outro, buscar responder com frases curtas e dentro da cultura e do vocabulário utilizado pelo entrevistado. Também se deve utilizar sempre um vocabulário neutro, impossibilitando uma agressão ao entrevistado devido a nossos pontos de vista.

Caso seja necessária alguma intervenção, ao sugerir uma estratégia de ação, é recomendável a utilização de exemplos e que esses sejam racionais e integrados ao viver do entrevistado. Não adianta falar em mudança na forma de alimentação, se exemplos não são fornecidos e dentro da realidade do usuário do serviço. Caso se oriente a utilização de um aparato para uso de um medicamento (nebulizador, seringa para insulina) são necessários os complementos visual e tático, bem como o detalhamento escrito de como utilizar ou quais mudanças devem ser realizadas. Os fatos importantes devem ser repetidos, enfatizados e categorizados.

Após uma explanação, uma orientação dentro de um processo educacional, deve-se comprovar a assimilação por parte do entrevistado. As propostas de ação e as orientações realizadas devem ser avaliadas pelo entrevistado e, caso ele não as aceite, ou mesmo aceitando, deve-se negociar seu uso, sua implantação.

Nesse momento de negociação, muitas vezes é necessário primeiramente avaliar o que nos transmite a pessoa: “Ela está aceitando o que estou falando, ou mesmo, será que ela aceitará? Minha proposta está dentro de sua realidade? O que ela me transmite em sua expressão corporal, em sua fala?”

Realiza-se uma avaliação e, a partir do somatório de abordagens do verbal e do não verbal e da condição do entrevistado, planeja-se a implantação de uma intervenção.

As dimensões do terapeuta

As habilidades do terapeuta vão se concretizando aos poucos, a forma de se comunicar integra-se ao fazer, desde o ambiente, ao comportamento e devem

evoluir atingindo algumas dimensões que expressam a capacidade de sua arte (FELDMAN; MIRANDA, 2002):

- **Empatia:** capacidade de se colocar no lugar do outro, a sentir o que sentiria caso estivesse no lugar dele.
- **Aceitação incondicional ou respeito:** Capacidade de acolher o outro integralmente, sem que lhe sejam colocadas quaisquer condições e sem julgá-lo pelo que sente, pensa, fala ou faz.
- **Coerência:** capacidade de ser real, de se mostrar ao outro de maneira autêntica e genuína, expressando, por meio de palavras e atos, seus verdadeiros sentimentos.
- **Confrontação:** capacidade de perceber e comunicar ao outro certas discrepâncias ou incoerências em seu comportamento.
- **Imediaticidade:** capacidade de trabalhar a própria relação terapeuta-usuário, abordando os sentimentos imediatos que o cliente experimenta pelo terapeuta e vice-versa.
- **Concreticidade:** capacidade de decodificar a experiência do outro em elementos específicos, objetivos e concretos.

As três primeiras dimensões são oriundas do trabalho de Carl Rogers (2002), e as três últimas de Carkhuff (2002). Quanto maior o grau de utilização das dimensões, melhor o resultado obtido. Primeiramente, na fase inicial de um processo de aprendizagem, deve-se aprender a estrutura da consulta-entrevista, seu mecanismo de objetivar alguns dados, por meio de perguntas que seguem uma hierarquização de conhecimentos necessários ao diagnóstico que deve ser realizado. Com os passos da estrutura, conhecidos as dimensões empatia, aceitação e coerência permitem iniciar uma abordagem mais centrada na pessoa. Após, em fase mais avançada de aprendizagem ou da relação terapêutica com uma pessoa singular, as dimensões de confrontação, imediaticidade e concreticidade devem fluir no processo de comunicação-entrevista (FELDMAN; MIRANDA, 2002).

A prática dessas dimensões faz com que o profissional tenha que realizar uma série de atividades ao mesmo tempo: ouvir, observar, seguir o roteiro, analisar, relacionar-se, negociar e registrar. Isso demonstra a necessidade de treinar, treinar, praticar e praticar. Para melhor compreensão é só fazer uma analogia com o processo de aprendizagem de dirigir um veículo automotor. Difícil no início, mas depois nem mesmo sabe-se como foi realizado, o dirigir acontece ao natural.

Referências

- AGGARWAL, B.; MOSCA, L. Lifestyle and Psychosocial risk factors predict non-adherence to medication. *Annals of Behavioral of Medicine*, v. 40, n. 2, p. 228-233, 2010.
- AGUILAR, C. A. P.; MARTINEZ, Y. V.; BERNAL, Y. S.; MARTINEZ, R. R.; ULLOA, R. A. Performance of two questionnaires to measure treatment adherence in patients with Type-2 Diabetes. *BMC Public Health*, v. 9, n. 38, 2009.
- ALLEN, J. A.; CURTISS, F. R.; FAIRMAN, K. A. Nonadherence, Clinical Inertia, or Therapeutic Inertia. *Journal of Managed Care Pharmacy*, v. 15, n. 8, p. 690-695, 2009.
- ARONSON, J. K. Compliance, concordance, adherence. *British Journal of Clinical Pharmacology*, v. 63, n. 4, p. 383-384, 2007.
- BELL, J. S.; AIRAKSINEN, M. S.; LYLES, A.; CHEN, T. F.; ASLANI, P. Concordance is not synonymous with concordance or adherence. *Brithish Journal of Clinical Pharmacology*. v. 64, n. 5, p. 710, 2007.
- BERG, K. M.; ARNSTEN, J. H. Practical and conceptual challenges in measuring antiretroviral adherence. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, v. 43, supplement 1, 2006.
- BRASIL. *Vigitel Brasil 2011*. Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
- CARKHUFF, R. R. *Helping and Human Relations*. New York: Holt, Rinehart and Winston, 1969.
- CARVALHO, C. V.; DUARTE, D. B.; HAMANN, E. M.; BICUDO, E.; LAGUARDIA, J. Determinantes da aderência à terapia anti-retroviral combinada em Brasília, Distrito Federal, Brasil 1999-2000. *Caderno de Saúde Pública*, v. 19, n. 2, p. 593-604, 2003.
- CASTRO, M. S.; FUCHS, F. D.; SANTOS, M. C.; MAXIMILIANO, P.; GUS, M.; MOREIRA, L. B. et al. Pharmaceutical care program for patients with uncontrolled hypertension: report of a double-blind clinical trial with ambulatory blood pressure monitoring. *American Journal of Hypertension*, v. 19, p. 528-533, 2006.
- CHAMORRO, M. A. R.; JIMÉNEZ, E.; AMARILES, P.; CHAMORRO, A.; FAUS, M. J. Revisión de tests de medición del cumplimiento terapéutico utilizados en la práctica clínica. *Atención Primaria*. v. 40, n. 8, p. 413-417, 2008.
- CORRER, C. J.; CASTRO, M. S. Pharmaceutical care in community pharmacies: practice and research in Brazil. *The Annals of Pharmacotherapy*, v. 41, p. 1486-1493, 2007.
- CRAMER, J. A.; ROSENHECK, R.; KIRK, G.; KROL, W.; KRYSTAL, J. Medication compliance feedback and monitoring in a clinical trial: predictors and outcomes. *Value in Health*, v. 6, n. 5, p. 566-573, 2003.
- CRAMER, J. A.; ROY, A.; BUREL, A.; FAIRCHILD, J. C.; FULDEORE, J. M.; OLLENDORF, A. D.; WONG, K. P. Medication Compliance and Persistence: Terminology and Definitions. *Value in Health*, v. 11, n. 1, p. 44-47, 2008.

- DILLA, T.; VALLADARES, A.; LIZÁN, L.; SACRISTÁN, J. Treatment adherence and persistence: causes, consequences and improvement strategies. *Atención Primaria*, v. 41, n. 6, p. 342-348, 2009.
- DOGGRELL, A. S. Adherence to medicines in the older-aged with chronic conditions does intervention by an allied health professional help? *Drugs Aging*, v. 27, n. 3, 2010.
- FARMER, K. C. Methods for Measuring and Monitoring Medication Regimen Adherence in Clinical Trials and Clinical Practice. *Clinical Therapeutics*, v. 21, n. 6, p. 1074-1090, 1999.
- FELDMAN, C.; MIRANDA, M. L. *Construindo a Relação de Ajuda*. 13. ed. Belo Horizonte: Crescer, 2002.
- FODOR, G. J.; KOTRECA, M.; BACSKAIA, K.; DORNERB, T.; LIETAVAC, J.; SONKODID, S.; RIEDERB, A.; TURTON, P. Is interview a reliable method to verify the compliance with antihypertensive therapy? An international central European study. *Journal of Hypertension*, v. 23, p. 1261-1266, 2005.
- FOLEY, K. A.; HANSEN, L. Understanding patient beliefs to design medication adherence messaging (Poster). International Society for Pharmacoeconomics & Outcomes Research (ISPOR) Annual Conference. *Philadelphia*, PA. May 31-24, 2006.
- FUCHS, F. D.; WANNMACHER, L. *Farmacologia clínica: fundamentos da terapêutica racional*. 4. ed Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.
- GENERAL MEDICAL COUNCIL. *Good Medical Practice*. 2001. Disponível em: <www.gmc-uk.org/guidance>.
- GOMES, R. R. F.; MACHADO, C. J.; ACURCIO, F. A.; GUIMARAES, M. D. Pharmacy records as an indicator of non-adherence to antiretroviral therapy by HIV-infected patients. *Caderno de Saúde Pública*, v. 25, n. 3, p. 495-506, 2009.
- GUIRADO, E. A. *Elementos básicos del abordaje de la medicación en el paciente crónico: información al paciente, conciliación, revisión y adherencia*. Madrid: SEFAP, 2012.
- HAYNES, R. B.; TAYLOR, W.; SACKETT, D. L.; GIBSON, E. S.; BERNHOLZ, M. A.; MUKHERJEE, J. Can simple clinical measurements detect patient noncompliance? *Hypertension*, v. 2, p. 757-764, 1980.
- HAYNES, R. B. Improving patient adherence: state of the art, with a special focus on medication taking for cardiovascular disorders. In: BURKE, L.; OCKENE, I (Org.). *Patient compliance in healthcare and research*. American Heart Association Monograph Series. Armonk, NY: Futura Publishing Co., 2001. p. 3-21.
- HAYNES, R. B.; ACKLOO, E.; SAHOTA, N.; MCDONALD, H. P.; YAO, X. *Interventions for enhancing medication adherence* (Review) Cochrane Collaboration, Published 23 Apr 2008.
- HAWKSHEAD, J.; KROUSEL-WOOD, M. A. Techniques for measuring medication adherence in hypertensive patients in outpatient settings. Advantages and limitations. *Disease Management & Health Outcomes*, v. 15, n. 2, p. 109-118, 2007.
- HESS, L. M.; RAEBEL, M. A.; CONNER, D. A.; MALONE, D. C. Measurement of adherence in pharmacy administrative databases: a proposal for standard definitions and preferred measures. *Annals of Pharmacotherapy*, v. 40, p. 1280-1288, 2006.

- HORNE, R. Concepts and terminology. In: HORNE, R. *Concordance, adherence and compliance in medicine taking: report for the National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation Research and Development*, 2005. p. 27-37.
- IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Tábua Completa de Mortalidade* – 2013. [on-line] Disponível em: <www.ibge.gov.br>. Acesso em: 14 jan. 2015.
- KAUFMAN, G.; BIRKS, Y. Strategies to improve patient's adherence to medication. *Nursing Standard*, v. 25, n. 2, p. 51-57, 2010.
- KLUNGEL, O. H.; DE BOER, A.; PAES, A. H. P.; HERINGS, R. M. C.; SEIDELL, J. C.; BAKKER, A. Influence of question structure on the recall of self-reported drug use. *Journal of Clinical Epidemiology*, v. 53, p. 273-277, 2000.
- KRUEGER, P. K.; BERGER, A. B.; FELKEY, B. Medication adherence and persistence: a comprehensive review. *Advances in Therapy*, v. 22, n. 4. p. 313-56. 2005.
- LEHANE, E.; MCCARTHY, G. Intentional and unintentional medication non-adherence: a comprehensive framework for clinical research and practice? A discussion paper. *International Journal of Nursing Studies*, v. 44, p. 1468-1477, 2007.
- MANCINI, M. C.; GELONESE, B; SALLES, J.; LIMA, J. G.; CARRA, M. K. Tratado de Obesidade. *AC Farmacêutica*, p. 253-264, 2010.
- MARIE, A.; CHISHOLM, B.; SPIVEY, C. A. Pharmacoaderence: a new term for a significant problem. *American Journal of Health-System Pharmacy*, v. 65, n. 7, p. 661-667, 2008.
- MATTOS, P.; LINCOLN, C. L. A entrevista não estruturada como forma de conversação: razões e sugestões para sua análise. *Revista de Administração Pública*. v. 39, n. 4, p. 823-847, 2005.
- MATURANA, H. R. Biology of language: epistemology of reality. In: MILLER, G. A.; LENNEBERG, E. (Org.). *Psychology and Biology of Language and Thought*. New York: Academic Press, 1978.
- MATURANA, H. R. Reality: the search for objectivity or the quest for a compelling argument. *Irish Journal of Psychology*. v. 9, p. 25-82, 1988.
- MILLER, L. G.; LIU, H.; HAYS, R. D.; GOLIN, C. E.; BECK, C. K.; ASCH, S. M.; MA, Y.; KAPLAN, A. H.; WENGER, N. S. How well do clinicians estimate patients adherence to combination antiretroviral therapy? *Journal of General Internal Medicine*, v. 17, p. 1-11, 2002.
- MUGAVERO, M. J.; DAVILA, J. A.; NEVIN, C. R.; GIORDANO, T. P. From access to engagement: measuring retention in outpatient HIV Care. *Aids Patient Care*, v. 24, n. 10, p. 610-613, 2010.
- MUIR, A. J.; SANDERS, L. L.; WILKINSON, W. E.; SCHMADER, K. Reducing medication regimen complexity: a controlled trial. *Journal of General Internal Medicine*. v. 16, n. 2, p. 77-82, 2001.
- NCPA. NATIONAL COMMUNITY PHARMACISTS ASSOCIATION. *Medication Adherence in America: A National Report Card*. 2013. Disponível em: <http://www.ncpanet.org/pdf/reportcard/AdherenceReportCard_Abridged.pdf>.

NEHI. THE NETWORK FOR EXCELLENCE IN HEALTH INNOVEITION. *Thinking Outside the pillbox: six priorities for action to support Improved Patient Medication Adherence*. A NEHI brief issue. 2013. Disponível em: <<http://www.nehi.net/publications/15-thinking-outside-the-pillbox-six-priorities-for-action-to-support-improved-patient-medication-adherence/view>>.

NICE. NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE (NICE) AND NATIONAL COLLABORATING CENTRE FOR PRIMARY CARE: NUNES, V.; NELSON, J.; O'FLYNN, N.; CALVERT, N.; KUNTZE, S.; SMITHSON, H. *Clinical guidelines and evidence review for medicines adherence: involving patients in decisions about prescribed medicines and supporting adherence*. London: National Collaborating Centre for Primary Care and Royal College of General Practitioners, 2009.

O'CARROL, R.; WHITTAKER, J.; HAMILTON, B.; JOHNSTON, M.; SUDLOW, C.; DENNIS, M. Predictors of adherence to secondary preventive medication in stroke Patients. *Annals of Behavioral Medicine*, v. 41, n. 3, p. 383-390. 2011.

OLIVEIRA, B. M.; VIANA, M. B.; ARRUDA, L. M.; YBARRA, M. I.; ROMANHA, A. J. Avaliação da adesão ao tratamento através de questionários: estudo prospectivo de 73 crianças portadoras de leucemia linfoblástica aguda. *Jornal de Pediatria*, v. 81, n. 3, p. 245-250, 2005.

OSTERBERG, L.; BLASCHKE, T. Drug therapy: adherence to medication. *New England Journal of Medicine*, v. 353, n. 5, p. 487-497, 2005.

PHOENIX, K. H.; WINNIE, W. S. Intentionality of medication non-adherence among individuals living with HIV/AIDS in Hong Kong. *Aids Care*, v. 21, n. 6, p. 785-795, 2009.

POLEJACK, L.; SEIDL, E. M. F. Monitoring and evaluation of adherence to ARV treatment for HIV/AIDS: challenges and possibilities. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 15, n. 1, p. 1201-1208, 2010.

RICKLES, N. M. A multi-theoretical approach to linking medication adherence levels and the comparison of outcomes. *Research in Social & Administrative Pharmacy*, v. 6, n. 1, p. 49-62, 2010.

ROBIN, A.; GROVER, D. S. Compliance and adherence in glaucoma management. *Indian Journal of Ophthalmology*, v. 59, n. 7, p. 93-96, 2010.

ROEBUCK, M. C.; LIBERMAN, J. N.; TOYAMA, M. G.; BRENNAN, T. A. Medication adherence leads to lower health care use and costs despite increased drug spending. *Health Affairs*, v. 30, n. 1, p. 91-99, 2011.

ROGERS, C. R. *The Therapeutic Relationship and its Impact: a Study of Psychotherapy with Schizophrenics*. Madison: The University of Wisconsin Press, 1967.

ROTER, D.; ROSENBAUM, J.; NEGRI, B.; RENAUD, D.; DiPRETE-BROWN, L.; HERNANDEZ, O. The effects of a continuing medical education programme in interpersonal communication skills on doctor practice and patient satisfaction in Trinidad and Tobago. *Medical Education*, v. 32, p. 181-189, 1998.

SABATÉ, E. *Adherence to long-term therapies: evidence for action*. World Health Organization, Suíça, 2003.

- SACKETT, D. L.; STRAUS, S. E.; RICHARDSON, W. S.; ROSENBERG, W.; HAYNES, R. B. *Medicina baseada em evidências: prática e ensino*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.
- SAJATOVIC, M.; VELLIGAN, D. I.; WEIDEN, P. J.; VALENSTEIN, M. A.; OGEDEGBE, G. Measurement of psychiatric treatment adherence. *Journal of Psychosomatic Research*, v. 69, n. 6, p. 591-599, 2010.
- SALAS, M.; HUGHES, D.; ZULUAGA, A.; VARDEVA, K.; LEBMEIER, M. Costs of medication nonadherence in patients with diabetes *mellitus*: a systematic review and critical analysis of the literature. *Value in Health*, v. 12, n. 6, p. 915-922, 2009.
- SCHROEDER, K.; FAHEY, T.; EBRAHIM, S. How can we improve adherence to blood pressure-lowering medication in ambulatory care: sistematic review of randomized controlled trials. *Arquives of Internal Medicine*, v. 164, n. 7, p. 722-732, 2004.
- SEREBRUANY, V.; MALININ, A.; DRAGAN, V.; ATAR, D.; VAN ZYL, L.; DRAGAN, A. Fluorimetric quantitation of citalopram and escitalopram in plasma: developing an express method to monitor compliance in clinical trials. *Clinical Chemistry and Laboratory Medicine*, v. 45, n. 4, p. 513-520, 2007.
- SHI, L.; LIU, J.; FONSECA, V.; WALKER, P.; KALSEKAR, A.; PAWASKAR, M. Correlation between adherence rates measured by MEMS and self-reported questionnaires: a meta-analyses. *Health and Quality of Life Outcomes*, v. 13, n. 8, p. 94-99, 2010.
- SOLÁN, X. N.; REDÓ, M. L. S.; GARCIA, J. V. Instrumentos de medida de aderencia al tratamiento. *Anales de Medicina Interna*, Madrid, v. 24, n. 3, p. 138-141, 2007.
- STARFIELD, B. *Chronic illness and primary care*. 2010. Disponível em: <<http://www.caahs-acss.ca/e/pdfs/cdm%20final%20Appendices.pdf>>.
- STEWART, M.; BROWN, J. B.; WESTON, W. W.; MCWHINNEY, I. R.; MCWILLIAM, C. L.; FREEMAN, T. R. *Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.
- STEWART, K.; GEORGE, J. M. C.; NAMARA, K. P.; JACKSON, S. L.; PETERSON, G. M.; BEREZNICKI, L. R.; GEE, P. R.; HUGHES, J. D.; BAILEY, M. J.; HSUEH, Y. A.; McDOWELL, J. M.; BORTOLETTO, D. A.; LAU, R. A multifaceted pharmacist intervention to improve antihypertensive adherence: a cluster- randomized, controlled trial (HAPPy trial). *Journal of Clinical Pharmacy and therapeutics*, v. 19, p. 2-8, 2014.
- TINDALL, W. N.; BEARDESLEY, R. S.; KIMBERLIN, C. L. *Communication skills in pharmacy practice*. 3. ed. Philadelphia: Lea & Febiger, 1994.
- SANTOS, Mário. *Matriz do guião de uma entrevista semi-estruturada*. publicado no blog em 7 maio 2008. Disponível em: <mariosantos700904.blogspot.com/2008/05/matriz-diguio-de-uma-entrevista-semi.html>.
- UNNI, E. J.; FARRIS, K. B. Unintentional non-adherence and belief in medicines in older adults. *Patient Education and Counseling*, v. 83, n. 2, p. 265-268, 2010.
- VERVLOET, M.; DIJK, L.; REESTMAN, J. S.; VLIJMEN, B.; BOUVY, M. L.; BAKKER, D. H. Improving medication adherence in diabetes type 2 patients through real time medication monitoring: a randomised controlled trial to evaluate the effect of

monitoring patients' medication use combined with short message service (SMS) reminders. *BMC Health Services Research*, v. 11, n. 5, p. 2-8, 2011.

VITOLINS, M. Z.; RAND, C. S.; RAPP, S. R.; RIBISL, P.M.; SEVICK, M. A. Measuring adherence to behavioral and medical interventions. *Controlled clinical trials*, v. 21, p. 188S-194S, 2000.

WILLIAMS, A.; MANIAS, E.; WALKER, R. Interventions to improve medication adherence in people with multiple chronic conditions: a systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, v. 63, n. 2, p. 132-143, 2008.

WU, J.; MOSER, D. K.; CHUNG, M. L.; LENNIE, T. A. Objectively measured, but not self-reported, medication adherence independently predicts event-free survival in patients with heart failure. *Journal of Cardiac Failure*, v. 14, n. 3, p. 203-210, 2008.

ZELLER, A.; RAMSEIER, E.; TEAGTMEYER, A.; BATTEGAY, E. Patients self-reported adherence to cardiovascular medication using electronic monitors as comparators. *Hypertension Research*, v. 31, n. 11, p. 2037-2043, 2008.

ZULLIG, L. L.; PETERSON, E. D.; BOSWORTH, H. B. Ingredients of Successful Interventions to improve medication adherence. *JAMA*, v. 310, n. 24, p. 2611-2612, 2013.

MODELOS DE SEGUIMENTO FARMACOTERAPÊUTICO

Cassyano Januário Correr
Lúcia de Araújo Costa Beisl Noblat
Mauro Silveira de Castro

7.1 O contexto histórico da atenção farmacêutica

Um serviço de farmácia só pode desenvolver um modelo de gestão clínica quando está comprometido com a utilização de medicamentos de maneira eficiente, segura e mediada por critérios técnico-farmacêuticos. Desse modo, não se pode discutir gestão sem discutir a atenção farmacêutica, já que esta tem uma relação direta com a clínica e com a utilização segura e racional de medicamentos.

Por outro lado, é importante recordar o afastamento histórico entre gestores e clínicos, em que os primeiros defendem, sistematicamente, a redução total dos custos, sem uma análise consubstanciada e contextualizada dos problemas que envolvem a utilização dos medicamentos. Os profissionais de saúde, por sua vez, defendem o que eles acreditam ser o melhor para o usuário, embora nem sempre se baseiem na melhor evidência científica e/ou em critérios de custo-efetividade. O que não se pode esquecer é que os profissionais de saúde têm uma responsabilidade fundamental na tomada de decisão, e são eles que fazem a gestão do processo de cuidado em saúde junto aos usuários.

Falando em gestão

Os farmacêuticos, no exercício da profissão em qualquer nível ou espaço, de alguma forma exercem atividades gestoras (do serviço, da equipe, do próprio processo de trabalho, e da atenção ao usuário). Uma gestão comprometida pressupõe conhecer o que se está gerindo, a equipe que desenvolve o serviço, os seus parceiros, processos, e fundamentos. Todos precisam participar, de alguma forma, da condução dos serviços. É com conhecimento e participação que se faz o processo de condução, que se faz a gestão.

É com esse olhar que se apresenta um pouco mais sobre o seguimento farmacoterapêutico, visando melhor conhecer as condições para tornar esses serviços uma realidade adequada ao contexto do SUS.

É importante saber que a profissão farmacêutica tem vivenciado um desenvolvimento e um avanço significativo ao longo desses últimos 50 anos. De forma breve, podem ser analisados os três períodos mais importantes da Farmácia no século XX: o tradicional, o de transição e o de desenvolvimento da atenção ao usuário (HEPLER; STRAND, 1990). Em cada um desses períodos se identificam diferentes conceitos das funções e obrigações da farmácia, ou seja, diferentes modelos do papel social desta.

No período tradicional, o papel social do boticário era o preparo e a venda de medicamentos. A função do farmacêutico consistia na aquisição de medicamentos, no preparo e na avaliação dos produtos medicinais, e sua principal responsabilidade era assegurar que os medicamentos que vendia fossem puros, não adulterados e preparados segundo a arte, tendo como obrigação secundária proporcionar orientações adequadas aos clientes que lhe solicitavam a prescrição de medicamentos sem receita (*over the counter* – OTC). Esse papel foi desaparecendo à medida que a preparação de medicamentos foi, gradualmente, substituída pela indústria farmacêutica, e a eleição dos agentes terapêuticos passou a ser realizada pelo médico.

Em meados dos anos de 1960, a prática da farmácia clínica teve início e, com ela, um período de transição profissional, em que os farmacêuticos buscaram a autorrealização e o total desenvolvimento do seu potencial profissional. Esse foi um tempo de expansão rápida de funções e incremento da diversidade profissional. Os farmacêuticos não só começaram a inovar funções, mas também passaram a contribuir, cientificamente, de forma original (HEPLER; STRAND, 1990).

O grande desenvolvimento da farmácia clínica foi transformá-la em uma ciência, juntando os fundamentos da epidemiologia clínica com os da farma-

colgia. Uma das críticas ao movimento é que ele foi muito hospitalocêntrico e voltado para o atendimento das necessidades da equipe de saúde, não atingindo os preceitos iniciais de colocar o usuário de medicamentos no centro das atenções.

Em 1990, surgiu a atenção farmacêutica, definida, inicialmente, por Charles Hepler e Linda Strand como a provisão responsável da farmacoterapia com o propósito de alcançar resultados definidos, que melhorem a qualidade de vida do usuário.

Essa definição, inicialmente considerada filosófica, mais tarde foi revisada por Cipolle e colaboradores (1998), sendo definida como uma prática clínica, na qual o profissional de saúde assume a responsabilidade pelas necessidades farmacoterapêuticas dos usuários e pelos resultados alcançados, cujos componentes são: filosofia de prática, processo de cuidado do usuário e sistema de gerenciamento da prática.

Mais recentemente, a farmácia clínica incorporou a filosofia de prática da atenção farmacêutica, reforçando a importância de o farmacêutico tornar-se, definitivamente, um prestador de atenção à saúde, cuja prática deve estar centrada no cuidado direto do paciente. Além disso, a farmácia clínica define-se como ciência e como prática a ser desenvolvida em todos os níveis de cuidado à saúde, não apenas nos hospitais. O conceito contemporâneo de farmácia clínica, publicado pelo American College of Clinical Pharmacy, é o seguinte (HEPLER, 2004):

Farmácia Clínica é definida como a área da farmácia voltada para a ciência e prática do uso racional de medicamentos e é uma disciplina das ciências da saúde na qual farmacêuticos proporcionam cuidado ao paciente de forma a otimizar a farmacoterapia e promover saúde, bem-estar e prevenção de doenças. A prática da farmácia clínica abrange a filosofia da atenção farmacêutica ou dos cuidados farmacêuticos. Dessa forma, combina uma orientação para o cuidado do paciente com conhecimentos especializados de terapêutica, experiência e julgamento clínico, com propósito de garantir resultados ideais para o paciente.

Como disciplina, a farmácia clínica também tem o dever de contribuir para a geração de novos conhecimentos que promovam avanços para a saúde e qualidade de vida.

Farmacêuticos clínicos cuidam de pacientes em todos os locais onde se pratica atenção à saúde. Estes possuem conhecimentos aprofundados sobre medicamentos, integrados com uma compreensão fundamental das ciências biomédicas, farmacêuticas, sociocomportamentais e clínicas. A fim de atingir metas terapêuticas desejadas, o farmacêutico clínico aplica diretrizes baseadas em evidências, novos conhecimentos de ciências em evolução, tecnologias emergentes, além de princípios legais, éticos, sociais, culturais, econômicos e profissionais.

Dessa forma, farmacêuticos clínicos assumem responsabilidade e prestam contas pela gestão da farmacoterapia em locais onde se fornecem cuidados direto ao paciente, seja exercendo a prática de forma independente ou em consulta ou colaboração com outros profissionais da saúde. Farmacêuticos clínicos pesquisadores geram, disseminam e aplicam novos conhecimentos que contribuem para melhorar a saúde e qualidade de vida.

A atenção farmacêutica é definida como uma prática profissional e não como mais uma atividade do farmacêutico, porque ela é capaz de atender uma demanda social que nenhum outro profissional, atualmente, assume como sua responsabilidade, isto é, a de atender a todas as necessidades do usuário, relacionadas à sua farmacoterapia.

Estas são algumas características da atenção farmacêutica:

- Propõe uma filosofia profissional que pode ser incorporada por todos os profissionais, independente do espaço físico onde atuam.
- Apresenta um método sistemático e racional de tomada de decisão sobre os medicamentos e um processo de cuidado do usuário, que pode ser utilizado com todo e qualquer usuário, em qualquer problema de saúde e utilizando qualquer medicamento.
- Determina que todas as decisões e intervenções do profissional devem ser documentadas, a fim de facilitar o controle de qualidade do exercício profissional e garantir o processo de cuidado, uma vez que outros profissionais podem ter acesso a decisões tomadas.
- Indica um sistema de gerenciamento da prática, já que o oferecimento de um serviço para o usuário requer a implementação de aspectos logísticos e gerenciais muito diferentes daqueles, usualmente, utilizados na atividade de dispensação farmacêutica (CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 2004).

Da mesma forma, o gerenciamento da prática da atenção farmacêutica difere, em essência, dos aspectos gerenciais da assistência farmacêutica em seu modelo tradicional. Aqui, necessariamente, sempre que possível, a gestão do caso clínico é compartilhada com o usuário e os outros profissionais da saúde. É necessário chegar a um acordo sobre que tratamento adotar e como fazê-lo.

Isso colocado, abordam-se, a seguir, os métodos de documentação da prática do cuidado farmacêutico, conhecidos como métodos de seguimento farmacoterapêutico.

Ao iniciarmos o tema, é importante discutir de que maneira surgiu essa necessidade tão premente de documentar a prática da atenção farmacêutica, visto que pouco da prática da farmácia clínica sobreviveu às análises rigorosas e críticas de custo-benefício e de custo-efetividade, por falta de uma sistematização

adequada da documentação do cuidado farmacêutico. Além disso, a medicina, a enfermagem e outras profissões de saúde descrevem, de maneira sistemática, os registros de suas atividades, realizando o seguimento dos usuários, avaliando o progresso ou ordenando suas intervenções. Por inúmeras razões, a farmácia não chegou a estabelecer um método padrão para o registro das atividades clínicas, sendo que, durante muito tempo, pesquisadores, como Cipolle e colaboradores (1998), criticaram, de forma contundente, a falta de documentação correta dos serviços farmacêuticos clínicos. Essas ideias foram apresentadas no relevante artigo “Opportunities and responsibilities in the Pharmaceutical Care”, em que são traçados os primeiros elementos do paradigma da atenção farmacêutica (HEPLER; STRAND, 1990).

Para um melhor entendimento da necessidade de o farmacêutico documentar as atividades, é importante lembrar que, em 1995, Hepler publicou os postulados desse novo modelo (HEPLER; GRAINGER-ROUSSEAU, 1995), em contraposição ao modelo tradicional de prática farmacêutica. De forma resumida, o modelo propõe um sistema de atenção farmacêutica em que médicos e/ou enfermeiros identificam e avaliam os problemas de saúde do usuário e estabelecem um plano de cuidado, a partir do qual o farmacêutico inicia seu processo de cuidado farmacêutico, mais conhecido no Brasil como seguimento farmacoterapêutico.

Em nosso país, a necessidade de documentar a prática farmacêutica foi amplamente discutida na proposta do Consenso em Atenção Farmacêutica, tendo definido Seguimento Farmacoterapêutico como:

O processo no qual o farmacêutico se responsabiliza pelas necessidades do paciente relacionadas ao medicamento, por meio da detecção, prevenção e resolução de Problemas Relacionados aos Medicamentos (PRM), de forma sistemática, contínua e documentada, com o objetivo de alcançar resultados definidos, buscando a melhoria da qualidade de vida do usuário. (IVAMA et al., 2002, p. 19).

Para que esses objetivos sejam atingidos, faz-se necessária a mudança de prática profissional por parte do farmacêutico. A sistematização dessa atuação ainda não encontra paradigmas metodológicos consolidados.

A partir daquele contexto inicial de Hepler e Strand, alguns métodos foram desenvolvidos ou adaptados de outros existentes, mas ainda não se demonstrou qual possui melhor desempenho. Todos os métodos falam da necessidade de o farmacêutico possuir habilidades em comunicação, estabelecendo, assim, adequada relação terapêutica com o usuário.

Reconhece-se que o farmacêutico pode ajudar na solução de problemas relacionados com medicamentos, desde que se estabeleça uma parceria com o paciente (HEPLER; STRAND, 1990; CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 1998).

Por meio dessa melhor relação, pode-se obter a confiança do usuário, de modo que ele preste informações sobre sua situação e sobre o uso de medicamentos, permitindo uma análise mais fidedigna desses dados, com a consequente identificação de problemas relacionados com medicamentos. Estabelecida a relação e identificados os problemas, firma-se um acordo visando a resolução destes últimos, fundamentada na autonomia do usuário e na busca de maior qualidade de vida.

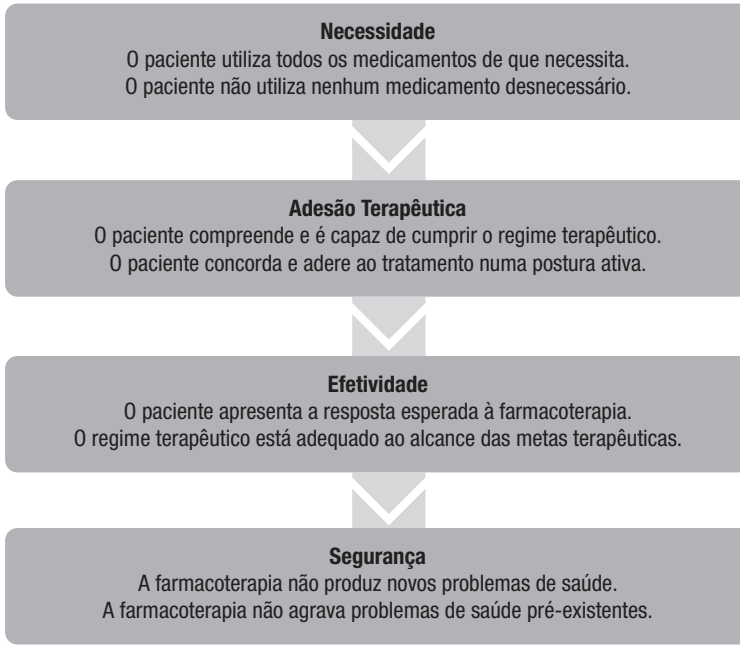
7.2 O processo da farmacoterapia e os resultados terapêuticos

O resultado de um tratamento farmacológico está ligado à inter-relação de diversos eventos, atores e condições, de forma complexa e nem sempre previsível. A farmacoterapia obtém sucesso quando resultados, como prevenção de doenças, controle, cura, normalização de parâmetros laboratoriais e/ou alívio de sintomas, são alcançados conforme esperado. A farmacoterapia pode ser considerada “ideal” quando:

- o usuário obtém acesso e utiliza medicamentos conforme suas necessidades de saúde, adequadamente identificadas;
- o usuário compreende e é capaz de cumprir o regime terapêutico estabelecido, concorda e adere ao tratamento em uma postura ativa;
- o medicamento é efetivo no alcance dos objetivos terapêuticos planejados;
- problemas de saúde não são gerados ou agravados pelo uso dos medicamentos (Figura 1) (FERNÁNDEZ-LLIMÓS et al., 2004; CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 2004).

Para que haja uso racional de medicamentos é preciso, em primeiro lugar, definir a necessidade do uso do medicamento; a seguir, que se prescreva o medicamento apropriado, de acordo com dados de eficácia, segurança e adequação ao usuário. É necessário, ainda, que a prescrição seja adequada quanto à forma farmacêutica e ao regime terapêutico; que o medicamento esteja disponível de modo oportuno, acessível financeiramente, e que responda a critérios de qualidade exigidos. Por fim, deve haver dispensação em condições adequadas, com orientação ao usuário, e este deve compreender e realizar o regime terapêutico do melhor modo possível (AQUINO, 2008).

Figura 1 – Princípios da farmacoterapia ideal



Fonte: Correr; Otuki (2013).

Num sentido voltado para os desfechos, o uso racional de medicamentos é uma prática que consiste em maximizar os benefícios obtidos pelo uso dos fármacos; em minimizar os riscos (acontecimentos não desejados) decorrentes de sua utilização; e em reduzir os custos totais da terapia para o indivíduo e a sociedade (MOTA et al., 2008).

Falhas nessas condições essenciais podem levar ao sofrimento humano, à incapacidade, à redução na qualidade de vida e até mesmo à morte.

Durante a escolha de um tratamento e todo o seguimento da farmacoterapia, a equipe de saúde deve primar pela **eficácia** do medicamento, **efetividade** da farmacoterapia e **eficiência** de todo o processo de tratamento (CORRER; OTUKI; SOLER, 2011).

A **eficácia** diz respeito à capacidade inerente ao fármaco de produzir um determinado efeito terapêutico em condições ideais (por exemplo, em ensaios clínicos controlados); enquanto a **efetividade** diz respeito ao resultado terapêutico produzido nas condições reais de utilização (por exemplo, nos serviços de saúde).

A qualidade do uso de medicamentos em um determinado contexto social pode ser medida pela diferença entre a eficácia (aquilo que se espera do medicamento) e a efetividade (aquilo que se obtém em termos de resolubilidade).

Por fim, a **eficiência** consiste na relação entre o benefício, representado pela eficácia e pela efetividade, e os custos inerentes ao tratamento. Quanto maior o benefício e menor o custo, maior a eficiência (FERNÁNDEZ-LLIMÓS et al., 2004).

$$\uparrow \text{Benefício} \downarrow \text{Custo} = \uparrow \text{Eficiência}$$

A evolução do usuário,¹ do ponto de vista dos efeitos da farmacoterapia, é avaliada por meio de indicadores dos resultados terapêuticos.

Esses indicadores, assim como as metas terapêuticas, devem ser definidos na elaboração do plano de cuidado e monitorados durante as consultas de retorno do usuário. Para cada indicação tratada do usuário, deverão ser eleitos indicadores adequados para avaliação dos desfechos da farmacoterapia (HERNÁNDEZ; CASTRO; DÁDER, 2007).

Um bom indicador deve possuir sensibilidade suficiente para sofrer alterações ao longo do tempo, deve ser mensurável (por meio de dados objetivos ou subjetivos), deve ser específico para a condição clínica do usuário e/ou farmacoterapia e deve guardar relação bem evidenciada com o desfecho desejado.

Por desfecho, entende-se a mudança observada no estado de saúde do usuário, que pode ser atribuída à intervenção (farmacoterapia, processo de cuidado) ou à doença. O termo “desfecho” é comumente referido, em português, também como “resultado” e encontra seu correspondente em inglês na palavra *outcome*.

Há basicamente três tipos de desfechos clínicos: primordial, intermediário e substituto. Saiba mais sobre cada um deles:

- Os **desfechos primordiais** também são chamados desfechos duros ou *hard end-points*. São os desfechos de grande impacto, constituídos, basicamente, por mortalidade, incidência de infarto do miocárdio, câncer, alívio de dor, prevenção de doenças, aumento de expectativa de vida. Metas terapêuticas ligadas a esses desfechos têm, geralmente, conotação preventiva como, por exemplo, o aumento da sobrevida, ou a redução na mortalidade precoce.
- Os **desfechos intermediários** correspondem a um parâmetro que pode ser medido e que se associa de forma causal com o desfecho primordial. Podem ser parâmetros fisiológico, fisiopatológico, comportamental ou de outra natureza. Tem-se, como exemplo, a pressão arterial como desfecho intermediário para eventos primordiais cardiovasculares, parar de fumar para câncer, escalas de medida da depressão para

¹ Mudanças no quadro sintomático e funcional do usuário, observadas ao longo do tempo, que podem ser atribuídas à doença ou à intervenção em saúde.

depressão. Deve ser verificada a associação com os desfechos primordiais.

- Os **desfechos substitutos** também são chamados de *surrogate end-points*. São desfechos de fácil aferição e que espelham o efeito da intervenção, mas não estão associados à produção do desfecho primordial. Por exemplo, o controle de internações hospitalares pode ser um bom desfecho substituto para controle de sintomas em ensaio clínico randomizado. A avaliação da resolução de problemas relacionados com medicamentos também pode ser utilizada como desfecho substituto (FUCHS; WANNMACHER; FERREIRA, 2010).

Indicadores de efetividade do tratamento medicamentoso incluem, normalmente, sinais observáveis (frequência cardíaca, temperatura corporal, pressão arterial), sintomas (dor, melancolia, cansaço, prurido) ou exames clínicos e laboratoriais (glicemia, LDL-C, TSH, eletrocardiograma, densidade óssea). Outros indicadores de efetividade também são utilizados e devem ser desenvolvidos e validados para a medida de resultados fundamentados nos sintomas e não em sinais. São exemplos disso as escalas de verificação da dor frente ao uso de analgésicos. Os exames laboratoriais são, comumente, utilizados como parâmetros de monitorização pelas seguintes razões:

- 1) servem como referência basal (*baseline*) antes do início da farmacoterapia;
- 2) indicam o progresso em direção às metas terapêuticas;
- 3) orientam o ajuste de dose do medicamento em relação à função renal e hepática do usuário; e
- 4) podem indicar efeitos adversos e tóxicos, assim como doses subterapêuticas, dos medicamentos em uso (CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 2004).

Nem todos os resultados da farmacoterapia, entretanto, podem ser descritos como sendo desfechos clínicos. Comumente, faz-se necessário atingir objetivos terapêuticos que vão além dos resultados clínicos mensuráveis pelo profissional. Os “desfechos humanísticos”, que estão inseridos no grande grupo dos “Desfechos Relatados pelo Paciente” (*Patient-Reported Outcomes*), são igualmente importantes e, em alguns casos, como para muitas condições crônicas, prioritários.

Serão abordados dois desses desfechos que podem ser considerados essenciais: a qualidade de vida e a satisfação dos usuários.

A qualidade de vida é um desfecho humanístico subjetivo e complexo, que surge da percepção do usuário sobre sua vida e sua saúde. A saúde é um fator importante da qualidade de vida, mas não é o único. Religião, empregabilidade,

lazer, segurança pública, condição social, faixa etária, gênero, família, entre muitos outros fatores, também têm o poder de influenciar, de modo significativo, a qualidade de vida das pessoas. Por tudo isso, o termo “qualidade de vida relacionada à saúde” (QVRS) é comumente empregado. Uma forma simples de medir a qualidade de vida é perguntando diretamente ao usuário, numa escala de zero a dez, como este a classificaria. Isso dá chance ao usuário de falar a respeito de sua visão da vida e abre ao profissional um mundo novo de possibilidades de cuidado.

Para abordagens mais direcionadas, há diversos questionários validados, disponíveis no Brasil. Eles podem ser utilizados tanto para medidas genéricas, tais como o WHOQOL, o SF-36 e o Perfil de Saúde de Nottingham; como para medidas específicas de doenças, tais como diabetes *mellitus* (DQOL-Brasil) e hipertensão (Minichal).

O tempo necessário para se observarem mudanças na qualidade de vida dos usuários, com o tratamento, pode ser variável, entretanto, são desejáveis melhorias, que possam ser sustentadas por longos períodos (avaliação a cada seis meses ou a cada ano).

A satisfação do usuário com o tratamento e com o serviço de saúde também é um desfecho humanístico importante, o qual deve ser avaliado como uma meta geral do processo de cuidado em saúde. Assim como na qualidade de vida, há instrumentos validados para essa medida, disponíveis no Brasil, voltados a diversos contextos, como tratamentos (por exemplo, antidiabéticos) ou serviços específicos (por exemplo, serviços farmacêuticos) (CORRER et al., 2009). Questões como acolhimento, vínculo profissional-usuário, estrutura do serviço e profissionalismo têm repercussão direta na satisfação com os serviços farmacêuticos. Os usuários percebem o quanto o farmacêutico está disposto a escutar, o quanto se compromete a ajudar, e isso também faz parte do cuidado e contribui para os efeitos terapêuticos.

Leitura complementar: Para aprofundamento do tema, recomenda-se a leitura de um artigo onde é apresentado um questionário validado para avaliação da satisfação dos usuários com os serviços farmacêuticos. O artigo *Satisfação dos usuários com serviços da farmácia: tradução e validação do Pharmacy Services Questionnaire para o Brasil*, de Correr e colaboradores, foi publicado no periódico *Cadernos de Saúde Pública*, em 2009.

O aspecto econômico da farmacoterapia também deve ser considerado um componente importante do impacto do tratamento sobre a vida do usuário e da sociedade. Juntamente com os desfechos clínicos e humanísticos, os custos do tratamento e o impacto deste sobre os custos de saúde compõem a tríade

conhecida como modelo ECHO (*Economic – Clinical – Humanistic Outcomes*) (KOZMA, 1993).

No Brasil, particularmente para usuários idosos e polimedicados, os custos do tratamento podem ter grande impacto no orçamento familiar, comprometendo, muitas vezes, o acesso ao tratamento, à alimentação e ao lazer de qualidade, por exemplo. Além disso, a dificuldade de acesso a medicamentos é uma das causas mais comuns de abandono do tratamento.

Os custos de um tratamento devem ser analisados em conjunto com os resultados clínicos ou humanísticos, alcançados em um processo de seguimento de usuários. É fácil concluir que tratamentos altamente efetivos e de baixo custo são superiores a tratamentos caros e de baixa efetividade, embora, na prática clínica, nem sempre essas diferenças sejam tão claras.

Na literatura, há, basicamente, quatro tipos de estudos que comparam opções terapêuticas em relação a seus custos e consequências:

- análises de minimização de custos;
- custo-efetividade;
- custo-utilidade; e
- custo-benefício.

A avaliação dos resultados terapêuticos representa uma parte essencial do processo de cuidado em saúde. Ainda que o senso comum indique serem essas responsabilidades exclusivas do médico, responsável direto pelo usuário, avaliar e otimizar os resultados terapêuticos para um usuário consiste em uma tarefa comum a toda a equipe de saúde e de grande interesse dos gestores. Afinal, todo o custo envolvido na aquisição e distribuição de medicamentos terá sido desperdiçado se os resultados, em termos de mudanças na saúde na população, não tiverem sido atingidos.

O seguimento farmacoterapêutico é um serviço farmacêutico inovador, que coloca o farmacêutico e, indiretamente, o gestor da assistência farmacêutica em contato mais próximo com o processo de cuidado e com os resultados do uso dos medicamentos. Por meio desse seguimento é possível identificar problemas relacionados à farmacoterapia, custosos do ponto de vista humano, social e financeiro, que, em um modelo tradicional de assistência farmacêutica, estariam ocultos.

A fim de aprofundar o conhecimento sobre esse assunto, é necessário discutirmos as escolas (modelos) mais importantes, atualmente, para esta nova prática.

7.3 Métodos de seguimento farmacoterapêutico

Os métodos de Seguimento Farmacoterapêutico (SFT) mais citados e conhecidos na literatura internacional e no Brasil são o SOAP, o PWDT, o TOM e o Dáder. Na sequência, será apresentada a descrição desses métodos para, em seguida, serem elencadas as principais vantagens e desvantagens entre eles.

SOAP (Subjetivo, Objetivo, Avaliação e Plano)

Este método é amplamente empregado por profissionais da saúde, tendo como ponto positivo seu fácil entendimento por qualquer desses profissionais (HURLEY, 2004; ROVERS et al., 2003). Cada termo refere-se a uma parte do processo de atendimento do usuário, com atividades específicas a serem realizadas.

- **Dados subjetivos:** Nesta etapa do procedimento, devem ser registradas as informações obtidas do usuário ou cuidador ou, se for o caso, de históricos de prontuário, as quais não se constituem conhecimento objetivo. No caso da abordagem farmacêutica, deve-se buscar informações pertinentes a problemas com o uso de medicamentos e à relação destes com a enfermidade.
- **Dados objetivos:** Referem-se à obtenção de dados objetivos, como sinais vitais, resultados de exames de patologia clínica, achados de testes laboratoriais e de exame físico realizado pelo profissional habilitado para tal.
- **Avaliação dos dados:** Com base nos dados subjetivos e objetivos, o farmacêutico deve identificar as suspeitas de problemas relacionados com medicamentos. Após, deve verificar o que pode ser realizado para a resolução desses problemas e quais intervenções farmacêuticas podem ser adotadas.
- **Plano:** De posse da análise das informações e do planejamento das condutas a serem realizadas, em conformidade com o perfil do usuário, o farmacêutico deve apresentá-las a este último, buscando o estabelecimento de um acordo para a implementação do plano. Caso os problemas relacionados com medicamentos necessitem da avaliação do prescritor, o usuário deverá ser informado dessa necessidade. Também deve-se estabelecer, em conjunto, a forma de realizar a monitorização dos resultados do plano a ser implementado, principalmente se houver novas modificações em prescrição de medicamento ou no quadro do usuário, instaurando-se, desta forma, o ciclo de atendimento.

PWDT (*Pharmacist's Workup of Drug Therapy*) ou Estudo Farmacêutico da Terapia Farmacológica: Avaliação Sistemática da Farmacoterapia

Foi desenvolvido por Strand e colaboradores, da Universidade de Minnesota (EUA), para utilização em farmácias comunitárias, sendo aplicável a qualquer usuário (CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 1998; HURLEY, 2004).

Possui como objetivos:

- a) avaliação das necessidades do usuário referentes a medicamentos e à implementação de ações, segundo os recursos disponíveis, para suprir aquelas necessidades; e
- b) realização de seguimento para determinar os resultados terapêuticos obtidos.

Para que essas atividades sejam realizadas, é necessário manter uma relação terapêutica otimizada entre farmacêutico e usuário, bem como considerar o caráter interativo do processo de cuidado do usuário. Seus principais componentes são:

- **Análise de dados:** É constituída por coleta de dados e caracterização de adequação, efetividade e segurança da farmacoterapia em uso. Procura caracterizar se esta é conveniente para as necessidades do usuário, com relação a fármacos, e identificar problemas relacionados com medicamentos que interfiram ou possam interferir nos objetivos terapêuticos.
- **Plano de atenção:** Levando em consideração os dados obtidos na análise, o farmacêutico deve resolver os problemas relacionados com medicamentos, estabelecendo objetivos terapêuticos e prevenindo outros possíveis problemas. Os objetivos terapêuticos devem ser claros, passíveis de aferição e atingíveis pelo usuário. Quando apropriado, o plano pode conter também informações sobre terapêutica não farmacológica.
- **Monitorização e avaliação:** Quando da monitorização do plano de atenção, o farmacêutico deve verificar em que nível estão os resultados farmacoterapêuticos obtidos, reavaliando as necessidades do usuário frente a estes e se novas situações não estão em voga, como novos PRM ou novos problemas de saúde, tratados ou não.

Conforme o estabelecido no artigo “Documenting the clinical pharmacist’s activities: back to basics”, podem ser identificados, pelo menos, sete passos fundamentais desse processo de seguimento (CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 1998):

- 1) coletar e interpretar informações relevantes do usuário, com a finalidade de determinar se há problemas relacionados com medicamentos;
- 2) identificar problemas relacionados com medicamentos;
- 3) descrever os objetivos terapêuticos desejados;
- 4) descrever as alternativas terapêuticas possíveis e disponíveis;
- 5) selecionar e individualizar o tratamento mais adequado;
- 6) implementar a decisão terapêutica sobre o uso de medicamentos;
- 7) delinear o plano de monitorização para alcançar os resultados terapêuticos desejados.

O PWDT mudou de nomenclatura após a publicação do livro *Pharmaceutical Care Practice: The Clinician's Guide*, de Cipolle, Strand e Morley, em 2004, e passou a ser chamado de *Pharmacotherapy Workup* (PW).

TOM (Therapeutic Outcomes Monitoring) ou Monitorização de Resultados Terapêuticos

Este método foi desenvolvido por Charles Hepler, na Universidade da Florida (EUA), para dar apoio às atividades do farmacêutico na prática, em nível comunitário (WHO, 1998). Deriva-se do PWDT, levando em consideração os achados de Lawrence Weed (GRAINGER-ROUSSEAU et al., 1997). Compreende os passos a seguir:

- Coleta, interpretação e registro das informações relevantes sobre o usuário, identificando os problemas farmacêuticos potenciais. As informações dizem respeito ao uso de medicamentos, problemas de saúde, dados socioeconômicos e aspectos subjetivos e objetivos da expectativa do usuário frente sua própria doença.
- Identificação dos objetivos explícitos de cada prescrição, visando avaliar a evolução dos resultados terapêuticos frente ao uso dos medicamentos, como também orientar o usuário. Caso seja necessário, deve-se contatar o prescritor para esclarecer os objetivos.
- Avaliação da plausibilidade do plano terapêutico em relação aos objetivos da terapia, considerando as características do usuário, suas expectativas e seu poder aquisitivo. Ao se identificarem desvios importantes, estes devem ser levados ao conhecimento do prescritor.
- Desenvolvimento do plano de monitorização para o usuário, adaptado a protocolos padrões de tratamento, se possível para a doença específica e para o(s) medicamento(s) utilizado(s).
- Dispensação do medicamento, verificando o entendimento do usuário sobre a forma correta de utilização e instruindo-o para seu uso racional.

- Implantação de plano de monitorização, com agendamento de novo encontro.
- Avaliação da evolução do uso do medicamento em relação aos objetivos terapêuticos propostos, considerando, principalmente, a possibilidade de efeitos adversos e falha de tratamento.
- Resolução de problemas identificados ou, se for o caso, encaminhamento ou notificação destes para o prescritor.
- Revisão ou atualização do plano de monitorização feita quando necessário.

Dáder: Método Dáder de Seguimento Farmacoterapêutico

Foi desenvolvido pelo Grupo de *Investigación en Atención Farmacéutica da Universidad de Granada* (Espanha), para ser utilizado em farmácias comunitárias, sendo aplicável a qualquer usuário.

Também segue as diretrizes propostas no PWDT, procurando tornar mais factível a coleta de dados do usuário, bem como possibilitar espaço de tempo para análise dos dados e aprendizagem. Os passos a serem realizados para sua execução são os que seguem (MACHUCA; FERNÁNDEZ-LLIMÓS; FAUS, 2003):

- **Oferta do serviço:** Oferta do serviço ao usuário, agendando encontro e esclarecendo quais atividades o farmacêutico realiza. Caso seja de interesse do usuário, solicita-se que, no dia aprazado, ele traga todos os medicamentos que possui em casa e documentos referentes à sua saúde, tais como resultados de exames laboratoriais, diagnósticos médicos e outras informações.
- **Primeira entrevista:** Realiza-se coleta de informações sobre a história farmacoterapêutica do usuário, incluindo dados sobre preocupações e problemas de saúde, perguntas específicas sobre a utilização de cada medicamento e revisão de sistemas. Finaliza-se o encontro orientando o usuário quanto ao uso correto de alguns medicamentos, identificando aqueles que estão mal conservados ou que somente devem ser utilizados mediante prescrição médica, como, por exemplo, os antimicrobianos.
- **Análise situacional:** Busca-se identificar a relação entre problemas de saúde e uso de medicamentos citados pelo usuário. Pode ser dividida em fase de estudo e fase de avaliação. Na fase de estudo, o farmacêutico deve obter todas as informações necessárias para avaliação posterior da utilização de medicamentos e a relação destes com os problemas de saúde, além das características do usuário. Requer habilidades de busca e análise de informações técnicas. A fase de avaliação visa a identificação

das suspeitas de problemas relacionados com medicamentos que o usuário pode estar experimentando. Essa identificação fundamenta-se nos achados da fase de estudo.

- **Fase de intervenção:** Tem por objetivos elaborar plano de atuação em acordo com o usuário e implantar as intervenções necessárias para resolver ou prevenir problemas relacionados com medicamentos. Esse plano é apresentado ao usuário em um segundo encontro.
- **Resultado da intervenção:** Objetiva determinar se o resultado desejado foi atingido. Funciona como a monitorização da intervenção proposta.
- **Nova análise situacional:** É realizada quando verificam-se mudanças de estado de saúde do usuário e utilização de medicamentos, após a intervenção.

Os métodos PWDT e Dáder pretendem facilitar a aprendizagem da realização do seguimento farmacoterapêutico de usuários. Esse enfoque resulta em uma documentação mais estruturada para o atendimento do usuário (CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 1998; HERNÁNDEZ; CASTRO; DÁDER, 2007), embora isso aumenta o tempo dos encontros. Atualmente, já estão disponíveis softwares para documentação de ambos os métodos descritos.

O método Dáder tem como ponto positivo a oportunidade de tempo para avaliação das informações em conjunto com a fase de estudo, propiciando análise mais criteriosa da literatura disponível, bem como a realização de 10 perguntas sobre a utilização de cada medicamento, na presença do usuário. Portanto, a abordagem inicial para a obtenção das informações é extensa, mas bastante completa. Já, o PWDT possui muito bem desenvolvida a parte de planejamento dos cuidados a serem ofertados ao usuário. Tem como um de seus objetivos ser um “processo de pensamento que pretende servir como diretriz para a documentação das atividades clínicas e não simplesmente um formulário para ser completado pelo farmacêutico em cada entrevista” (CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 1998).

O método SOAP não necessita de formulário específico, conseqüentemente, exigindo maior experiência do profissional na sua realização, pois não existem itens que sirvam de guia para os passos a serem realizados (HURLEY, 2004). As informações são registradas como texto livre e não são codificadas ou padronizadas. Portanto, a rotina de avaliação do farmacêutico sobre problemas e cuidados a serem implantados é fechada e desconhecida. O grande ponto positivo é a simplificação de documentação e registro, mesmo com a conseqüente dificuldade para consultas posteriores ou análises do plano proposto dentro de uma maneira estruturada e lógica (McANAW; MCGREGOR; HUDSON, 2001). Isso ocorre, principalmente, em virtude de o método ter sido desenvolvido para

diagnóstico médico e não para avaliação da farmacoterapia ou de problemas relacionados com medicamentos (HURLEY, 2004).

O método TOM é muito voltado para doenças específicas, necessitando de desenvolvimento de formulários para o tipo de atendimento que vai ser realizado (HURLEY, 2004; WHO, 1998). Há risco de não considerar o usuário de forma integral, mesmo que uma parte do formulário contemple esses dados. Por outro lado, facilita a análise quanto a uma enfermidade específica e serve de diretriz para as atividades focadas em uma doença. Outro fator positivo é a medida dos resultados terapêuticos e de qualidade de vida do usuário.

Todos os modelos apresentam uma ou mais deficiências. A utilização de métodos mais prolixos deve ser realizada em uma fase de treinamento ou em ensaios clínicos (HURLEY, 2004), pois o detalhamento do método pode ajudar os inexperientes a internalizar mais completamente os aspectos do processo farmacêutico e, também, padronizar o processo em atividades de pesquisa.

É essencial que, na introdução do método, seja possível obter, adequadamente, as informações necessárias referentes ao uso de medicamentos e às preocupações de saúde e enfermidades do usuário, bem como seu perfil sociocultural e econômico. Na sequência, deve-se conseguir organizar adequadamente essas informações para identificar os problemas relacionados com medicamentos e suas causas, propiciando, dessa forma, conclusões adequadas e o estabelecimento de um plano de intervenção a ser acordado com o usuário. Subsequentemente, deve-se proceder à monitorização do plano e, quando necessário, reiniciar o processo. A escolha do método a ser utilizado depende da formação e da prática profissional.

Deve-se iniciar com métodos mais detalhados e que propiciem suporte à prática do seguimento farmacoterapêutico. Com o passar do tempo e com o desenvolvimento de habilidades, podem-se utilizar processos mais simples, desde que não se perca a qualidade do atendimento ao usuário. Por outro lado, os métodos mais detalhados permitem uma melhor condução do processo, provavelmente, reduzindo erros de medicação, passíveis de ocorrer em métodos mais flexíveis.

Na sequência, será abordado o processo completo do seguimento farmacoterapêutico de uma forma prática.

7.4 Realizando o seguimento farmacoterapêutico do início ao fim

Na sequência, o seguimento farmacoterapêutico será abordado em um cenário real de atendimento ambulatorial.

Por questões didáticas, não serão seguidos, fielmente, nenhum dos métodos clínicos descritos anteriormente, mas serão utilizados elementos presentes em todos eles (HURLEY, 2004; WHO, 1998; HERNÁNDEZ; CASTRO; DÁDER, 2007; CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 2004). Desse modo, será organizado o método clínico para o seguimento farmacoterapêutico em quatro etapas:

- 1) acolhimento do usuário, coleta e organização de dados;
- 2) avaliação e identificação de problemas relacionados com a farmacoterapia;
- 3) delineamento de um plano de cuidado, em conjunto com o usuário;
- 4) seguimento individual do usuário.

Acolhimento do usuário, coleta e organização de dados do usuário

O cuidado farmacêutico tem início com a coleta de dados do usuário, a qual é feita por meio de uma anamnese farmacêutica² em que o usuário é a principal fonte das informações.

Além do relato que o usuário faz sobre sua própria saúde, sobre seus problemas médicos e tratamentos em curso, outras informações podem ser obtidas de familiares e cuidadores ou até mesmo de outros profissionais da saúde. São indispensáveis, ainda, os dados advindos de exames clínicos, laboratoriais, prescrições médicas, entre outros documentos pertencentes ao histórico clínico do usuário.

Quando o atendimento é agendado, ajuda muito pedir ao usuário que leve as receitas médicas, os medicamentos que usa e os exames que fez. A entrevista clínica é focada no perfil do usuário, na história clínica e de medicamentos, bem como na experiência do usuário com medicamentos. A história clínica pode incluir o motivo da consulta, a história da doença atual, a história médica pregressa, a história social, familiar e a revisão por sistemas. A história medicamentosa inclui os medicamentos em uso, as plantas medicinais, o uso pregresso de medicamentos, o histórico de alergias, as reações adversas a medicamentos e a experiência de medicação do usuário.

O farmacêutico deve buscar conhecer todos os medicamentos em uso pelo usuário, incluindo suas indicações, o regime terapêutico (dose, via de administração, frequência e duração) e a resposta (efetividade e segurança). Tão importante quanto os medicamentos prescritos são aqueles usados por

² Anamnese farmacêutica é entendida como o procedimento de coleta dos dados sobre o usuário, realizada pelo farmacêutico por meio de entrevista clínica, com a finalidade de conhecer a história de saúde do entrevistado, elaborar o perfil farmacoterapêutico e identificar as necessidades relacionadas a medicamentos.

automedicação, plantas medicinais, suplementos vitamínicos e vacinas, normalmente pouco valorizados pelos usuários como medicamentos.

Esta abordagem deve ser feita valorizando o conhecimento do usuário, sua percepção dos problemas, sua cultura e condição social e como os medicamentos se encaixam em sua rotina de vida, seus horários e seus hábitos.

Nesta fase inicial do seguimento farmacoterapêutico, é essencial ao farmacêutico compreender a experiência de medicação relatada pelo usuário, a qual é fundamental na tomada de decisões clínicas.

Nessa experiência, incluem-se as atitudes, os desejos, as expectativas, os receios, o entendimento e o comportamento do usuário com relação aos medicamentos. A adesão terapêutica só pode ser entendida de forma segura com essa aproximação e, a partir dela, será possível orientar o usuário quanto ao melhor uso que pode ser feito dos medicamentos.

As informações sobre o usuário, organizadas pelo farmacêutico durante a entrevista, devem compor uma “foto” do usuário, conhecida como **estado situacional**. O estado situacional, também chamado de perfil farmacoterapêutico, consiste na relação completa dos problemas de saúde e de toda farmacoterapia, de modo que se conheçam, detalhadamente, os medicamentos em uso e as condições clínicas do usuário, não tratadas.

Nessa “foto” inicial deve ser possível, também, avaliar os resultados terapêuticos obtidos até o momento. O estado situacional é a base de informações sobre a qual o farmacêutico realizará a revisão da farmacoterapia e a identificação de problemas do usuário relacionados à farmacoterapia, etapas essas que compõem a próxima etapa do método clínico.

Avaliação e identificação de problemas relacionados à farmacoterapia

De posse de todas as informações necessárias sobre o usuário, o farmacêutico deve aplicar um raciocínio clínico sistemático, a fim de avaliar e identificar todos os problemas relacionados à farmacoterapia do usuário, os quais correspondem ao “coração e alma” da prática do seguimento farmacoterapêutico. A identificação e resolução desses problemas são o território próprio do profissional farmacêutico, aquilo que o diferencia de outras profissões da saúde e que justifica, socialmente, sua prática. O propósito de identificar problemas relacionados à farmacoterapia é ajudar os usuários a atingirem suas metas terapêuticas e a obterem o máximo benefício dos medicamentos. Diferente do que se pode pensar, trabalhar com problemas da farmacoterapia não impõe ao farmacêutico uma visão estreita, focada no medicamento. Ao contrário, exige do profissional uma visão integral do usuário, da família e das relações deste, além de uma postura voltada para o cuidado e não para o produto.

A definição do que vem a ser um problema relacionado à farmacoterapia é controverso na literatura internacional. Vários termos são utilizados em português como sinônimos, entre eles “problemas relacionados aos medicamentos (PRM)”, “problemas farmacoterapêuticos” ou “resultados negativos da medicação (RNM)”. Este último consiste numa nova abordagem da questão, proposta no III Consenso de Granada, que busca diferenciar os problemas ocorridos no processo de uso dos medicamentos das falhas nos resultados da farmacoterapia.

Leitura complementar: Para obter mais informações sobre o III Consenso de Granada, sugere-se a leitura do artigo *Tercer Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM) y Resultados Negativos asociados a la Medicación (RNM)*.

O III Consenso de Granada propôs a substituição do termo “Problemas Relacionados com Medicamentos” por “Resultados Negativos da Medicação”, sendo estes entendidos como “resultados de saúde não adequados ao objetivo da farmacoterapia e associados ao uso ou à falha no uso de medicamentos”.

A Rede Europeia de Atenção Farmacêutica (*Pharmaceutical Care Network Europe* – PCNE) define problemas relacionados aos medicamentos como “um evento ou circunstância envolvendo a farmacoterapia que interfere atualmente ou potencialmente com os resultados de saúde desejados”.

O Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica também traz uma definição para problemas relacionados aos medicamentos (PRM): “Um problema de saúde, relacionado ou suspeito de estar relacionado à farmacoterapia, que interfere ou pode interferir nos resultados terapêuticos e na qualidade de vida do paciente” (IVAMA et al., 2002). O PRM é real, quando manifestado, ou potencial, quando há risco de sua ocorrência. Pode ter origem por diferentes causas, tais como as relacionadas ao sistema de saúde, ao usuário e seus aspectos biopsicossociais, aos profissionais de saúde e ao medicamento. Segundo o consenso brasileiro, a identificação de PRM segue os princípios de necessidade, efetividade e segurança, próprios da farmacoterapia.

Leitura complementar: Aprofunde seus conhecimentos sobre o Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica, consultando o documento *Proposta – Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica* da OPAS, elaborado em 2002.

O trabalho pioneiro sobre problemas relacionados aos medicamentos foi publicado no início dos anos 1990, por Strand e colaboradores, e segue sendo até hoje o conceito mais difundido sobre o tema. Atualmente, esses autores definem esses problemas como “qualquer evento indesejável vivenciado pelo usuário que envolva a farmacoterapia e que interfere com o alcance das metas terapêuticas do tratamento” (STRAND et al., 1990). Um problema do usuário, relacionado à farmacoterapia, sempre possui três componentes principais:

- 1) Um evento indesejável ou o risco de um evento indesejável é vivenciado pelo usuário. O problema pode ter a forma de uma queixa clínica, sinal, sintoma, diagnóstico, doença, agravo, disfunção, exames laboratoriais alterados ou uma síndrome. Esses eventos podem ser resultado de condições fisiopatológicas, psicológicas, socioculturais ou mesmo econômicas.
- 2) A farmacoterapia (produtos e/ou regime posológico) faz parte do problema.
- 3) Há uma relação existente ou suspeita entre o evento e a farmacoterapia. O evento pode ser consequência da farmacoterapia, numa relação direta causa-efeito, ou pode requerer a adição ou modificação da farmacoterapia para sua resolução ou prevenção.

O Quadro 1, a seguir, traz as classificações de PRM do Terceiro Consenso de Granada e de Cipolle, Strand e Morley (2004).

Quadro 1 – Classificações de PRM/RNM selecionados

| Classificação de problemas relacionados com medicamentos (PRM), segundo Cipolle, Strand e Morley | Classificação de Resultados Negativos da Medicação (RNM), de acordo com o III Consenso de Granada |
|---|--|
| Indicação | Necessidade |
| Farmacoterapia desnecessária. Necessidade de farmacoterapia adicional. | Problema de saúde não tratado. Efeito de um medicamento desnecessário. |
| Efetividade | Efetividade |
| Fármaco inefetivo. Dosagem muito baixa. | Inefetividade não quantitativa. Inefetividade quantitativa. |
| Segurança | Segurança |
| Reação adversa ao fármaco. Dosagem muito alta. | Insegurança não quantitativa. Insegurança quantitativa. |
| Adesão | |
| Não adesão à terapia. | |

Fonte: Elaborado pelos autores.

Apesar da ausência de um conceito universalmente aceito para o tema, todos os conceitos apresentados são muito semelhantes e partem de problemas

de saúde vivenciados pelo usuário, que podem ser causados ou tratados pela farmacoterapia. Além disso, os princípios básicos ligados à farmacoterapia, ao processo de uso de medicamentos e aos seus efeitos terapêuticos sobre o usuário são muito bem compreendidos.

A avaliação sistemática da farmacoterapia deve considerar a **necessidade, efetividade e segurança de todos os medicamentos em uso pelo usuário e de sua adesão ao tratamento**. Isto é, deve considerar todas as necessidades ligadas aos medicamentos, apresentadas pelo usuário.

A avaliação da **necessidade** do uso de medicamentos pode revelar dois problemas comuns: o **uso de medicamentos desnecessários** ou sem indicação clara para os problemas de saúde do usuário, ou a **necessidade de utilizar medicamentos** para um problema de saúde não tratado até aquele momento. Indicação e necessidade são conceitos ligeiramente diferentes. A indicação diz respeito ao uso aprovado do medicamento, descrito na bula do produto. A necessidade parte da situação clínica do usuário. Quando as indicações do medicamento e o problema clínico coincidem oportunamente, há necessidade da farmacoterapia. O uso de um medicamento, portanto, pode ser considerado necessário quando há um problema de saúde que o justifique e/ou quando há uma prescrição médica válida para tal. Se não há uma condição clínica que requeira farmacoterapia, então esta é desnecessária. Por outro lado, se há uma indicação terapêutica que não está sendo tratada, então há necessidade de iniciar a farmacoterapia. Nesta fase, o farmacêutico, continuamente, se pergunta se o problema de saúde do usuário é causado pela farmacoterapia ou se o problema é algo que precisa ser tratado com farmacoterapia.

A **efetividade** da farmacoterapia é a expressão dos efeitos benéficos do tratamento sobre o usuário. A farmacoterapia é considerada efetiva quando conduz ao alcance das metas terapêuticas previamente estabelecidas. A fim de determinar essas metas, o farmacêutico deverá considerar a indicação do medicamento, seu regime terapêutico e o tempo transcorrido do início do uso, necessário para o alcance das metas.

A **segurança** da farmacoterapia consiste na expressão dos efeitos prejudiciais do tratamento sobre o usuário. Um medicamento pode ser considerado seguro quando não causa um novo problema de saúde no usuário, nem agrava um problema de saúde já existente. As Reações Adversas aos Medicamentos (RAM) e a toxicidade são os problemas mais comuns relacionados à segurança da farmacoterapia.

A avaliação da **adesão terapêutica** do usuário também pode revelar dois problemas comuns: a **não adesão involuntária (não intencional)** do usuário, que ocorre quando este apresenta dificuldade em cumprir o tratamento ou o segue de forma inconsistente com as instruções do prescritor; e a **não adesão voluntária do usuário**, situação na qual o usuário decide, intencionalmente,

não utilizar seus medicamentos ou fazê-lo de forma diferente das instruções do prescritor. Vários fatores podem influenciar a adesão do usuário ao tratamento, entre eles o acesso aos medicamentos, condições socioeconômicas e culturais, conhecimento sobre os medicamentos, capacidade cognitiva, complexidade da farmacoterapia, aspectos religiosos, expectativas e medos ligados ao tratamento, melhora ou agravamento da condição clínica, entre outros.

Na prática do seguimento farmacoterapêutico, a adesão terapêutica pode ser, adequadamente, avaliada a partir de uma revisão detalhada de como o usuário faz uso dos medicamentos e de sua experiência medicamentosa. A responsabilidade do profissional, neste caso, será compreender a dimensão da adesão do usuário ao tratamento e trabalhar a fim de que ela não seja um problema.

Essas quatro dimensões (necessidade, efetividade, segurança e adesão) permitem ao farmacêutico avaliar os medicamentos em uso pelo usuário em toda sua complexidade e o conduzirão à detecção de riscos ou problemas relacionados à farmacoterapia manifestados. As quatro dimensões devem ser sistematicamente avaliadas.

É comum aos farmacêuticos entender a necessidade da farmacoterapia e a adesão terapêutica como dimensões ligadas ao processo do uso dos medicamentos. Por outro lado, a efetividade e segurança são a expressão dos efeitos da farmacoterapia sobre o estado de saúde do usuário, refletindo-se em desfechos de saúde. Na mesma lógica, os erros de medicação constituem desvios ou falhas ocorridas no processo de uso dos medicamentos, principalmente enquanto estes estão sob responsabilidade da equipe de saúde, e podem conduzir a falta de efetividade ou segurança da farmacoterapia.

Para realizar uma adequada avaliação da farmacoterapia, o farmacêutico deve possuir uma base sólida de conhecimento em farmacoterapia e sobre o manejo de condições agudas e crônicas. O caráter generalista da prática farmacêutica faz com que a atualização e a educação permanente sejam parte do seu cotidiano. É fundamental possuir acesso a boas fontes de informação³ sobre medicamentos e às diretrizes clínicas.⁴

Uma boa prática clínica deve se basear nas necessidades específicas dos usuários, nas melhores evidências disponíveis e na experiência do profissional para a tomada de decisões, que maximizem as chances de benefícios ao usuário.

³ Boas fontes de informação terciária sobre medicamentos são livros e compêndios que possuam informação atualizada, completa, confiável e aplicável. No Brasil, há consenso de que os bulários, normalmente encontrados nas farmácias, não atendem às condições necessárias e não têm qualidade suficiente para a prática do seguimento farmacoterapêutico.

⁴ Diretrizes Clínicas são documentos de orientação da conduta profissional, baseados nas melhores evidências científicas, normalmente elaborados por entidades médicas e científicas.

Delineamento de um plano de cuidado em conjunto com o usuário

Nesta fase do processo de seguimento farmacoterapêutico, o usuário já foi avaliado, todas as informações relevantes foram coletadas. O farmacêutico estudou o caso suficientemente, revisou toda a farmacoterapia e identificou problemas relacionados à farmacoterapia presentes e potenciais. Há uma lista de problemas a serem resolvidos. O próximo passo será construir um plano de cuidado. É aceitável que todo esse processo inicial leve a mais de uma consulta para casos mais complexos.

O objetivo do plano de cuidado, ou plano de intervenções, é determinar, em conjunto com o usuário, como manejar, adequadamente, seus problemas de saúde, utilizando a farmacoterapia, e estabelecer tudo o que deve ser feito para que o plano seja cumprido. O Plano de cuidado será composto de três partes: metas terapêuticas, intervenções voltadas aos problemas relacionados à farmacoterapia, e agendamento das avaliações de seguimento.

Elaborar um plano de cuidado requer tomada de decisões clínicas. É altamente recomendável a utilização de um **modelo de decisões compartilhadas centrado no usuário**. Envolver o usuário aumenta a adesão terapêutica, dá maior suporte ao autocuidado, além de aumentar as chances de manutenção de resultados terapêuticos positivos a longo prazo.

Definir as **metas terapêuticas** consiste, portanto, em um trabalho de negociação entre farmacêutico e usuário. Para medicamentos prescritos, pode, ainda, ser necessário conversar com o prescritor, caso haja dúvida sobre as metas terapêuticas a serem atingidas com algum tratamento. De modo geral, o que o farmacêutico precisa ter em mente é que devem ser definidas metas claras para **toda** a farmacoterapia e não apenas para medicamentos indicados pelo farmacêutico ou para problemas relacionados à farmacoterapia.

Na prática, há dois componentes essenciais que precisam ser definidos para cada meta terapêutica:

- 1) Os parâmetros clínicos e/ou laboratoriais mensuráveis, que serão utilizados para medir o resultado. Esses podem ser sinais ou sintomas observáveis pelo profissional e pelo usuário e/ou por exames laboratoriais com valores de referência a serem alcançados.
- 2) O prazo definido para alcance dos resultados. Esse prazo deve levar em consideração o tempo esperado para que se produzam as primeiras evidências de efeitos e o tempo necessário para obtenção de uma resposta completa da farmacoterapia.

Uma vez que todas as metas terapêuticas estão claras e definidas, são delineadas as **intervenções farmacêuticas** necessárias. Entende-se como

intervenção farmacêutica o “ato planejado, documentado e realizado junto ao usuário e profissionais de saúde, que visa resolver ou prevenir problemas relacionados à farmacoterapia e garantir o alcance das metas terapêuticas” (SABATER et al., 2005). Cada intervenção deve ser individualizada de acordo com a condição clínica do usuário, suas necessidades e problemas relacionados à farmacoterapia. O delineamento de uma intervenção deve considerar as opções terapêuticas disponíveis e deve ser feito em colaboração com o usuário e, quando apropriado, com seu familiar, cuidador ou médico responsável. Além disso, todas as intervenções devem ser documentadas. Quando a intervenção envolve modificação de medicamentos prescritos será necessário **contatar o prescritor**.

Em princípio, a substituição, adição ou modificação do regime posológico de medicamentos prescritos não deve ser feita sem anuência do prescritor. Esse contato pode ser feito, basicamente, de três maneiras:

- 1) contato pessoal ou telefônico;
- 2) envio de carta escrita ao prescritor; ou
- 3) orientação ao usuário para que converse com o médico sobre a necessidade de alteração.

Cada uma dessas três estratégias pode ser mais ou menos adequada, dependendo de cada caso. Para serviços generalistas, voltados a usuários de todas as idades, o contato com o prescritor do medicamento faz-se necessário entre 20% e 25% dos casos apenas. Em práticas mais especializadas, voltadas a usuários crônicos, esse contato não passa de 50%. De modo geral, a maioria dos problemas relacionados à farmacoterapia podem ser negociados e resolvidos diretamente entre farmacêutico e usuário, por tratarem-se de problemas ligados ao comportamento do usuário e à necessidade de orientação. Reforçamos a importância do contato com o prescritor todas as vezes que o problema exigir modificações na prescrição.

O último passo na elaboração do plano de cuidado é definir o prazo necessário para que o usuário volte à consulta farmacêutica e qual será a frequência dessas consultas, a fim de se avaliar os resultados da farmacoterapia e das intervenções ao longo do tempo. Este passo corresponde ao **agendamento para as avaliações de seguimento** do usuário. O tempo que deve transcorrer entre as consultas depende de muitos fatores, entre os quais o prazo necessário para que se observem os resultados da farmacoterapia, em termos de efetividade e segurança. Para usuários com quadros mais graves ou problemas relacionados à farmacoterapia de maior complexidade, o seguimento deverá ser feito mais amiúde. Para usuários que não apresentam problemas relacionados à farmacoterapia, o seguimento deve ter por objetivo manter as condições de alcance das metas terapêuticas e prover cuidado contínuo ao usuário. Dependendo da demanda de serviços farmacêuticos, os encontros ficam

condicionados a própria agenda do farmacêutico. Por esse fato, o farmacêutico também deve planejar sua capacidade de atendimento aos usuários do sistema de saúde.

Seguimento individual do usuário

Entre todas as etapas do processo de seguimento farmacoterapêutico, o seguimento individual do usuário e a avaliação dos resultados terapêuticos obtidos é seguramente a fase mais importante. Cipolle, Strand e Morley (2004) chegam a afirmar em seu guia: “se não houve seguimento, não houve atenção farmacêutica”. De fato, o seguimento dos resultados obtidos após a implantação do plano de cuidado é que faz do seguimento farmacoterapêutico uma prática orientada ao usuário e aos resultados da farmacoterapia, mais do que ao processo de uso de medicamentos.

Charles Hepler (2004), um dos mais importantes pensadores da farmácia do século XX, afirma que a ausência de seguimento consiste na principal falha do sistema de saúde atual e que a frequência das consultas médicas, raramente, é ditada pelo tempo da farmacoterapia, motivos esses, altamente, relacionados ao surgimento de eventos adversos, ligados aos medicamentos. Um dos principais problemas do sistema de saúde no Brasil, aponta Mendes (2010), consiste na orientação do modelo de atenção às condições agudas, em detrimento da atenção às condições crônicas, que deve se basear na continuidade, no seguimento e no suporte ao autocuidado.

Três atividades essenciais compõem a etapa de seguimento do usuário: avaliação dos resultados terapêuticos e evolução clínica do usuário; avaliação do alcance das metas terapêuticas; e identificação de novos problemas. Nas consultas de retorno, o farmacêutico terá a possibilidade de verificar as mudanças de comportamento do usuário, da prescrição médica, dos exames laboratoriais e dos relatos do usuário sobre seus sintomas. Para cada indicação, um plano de cuidado, com metas terapêuticas definidas, medidas não farmacológicas e farmacoterapia específicas. Para cada plano de cuidado, um prazo determinado de seguimento e a observação clínica de mudanças em sinais, sintomas, exames laboratoriais e na percepção do usuário sobre sua saúde (desfechos).

7.5 Tornando o seguimento farmacoterapêutico uma realidade

A gestão da assistência farmacêutica precisa, definitivamente, integrar, de forma articulada, entre suas diversas responsabilidades: os produtos e serviços,

a disponibilização e o uso dos medicamentos, os resultados logísticos, clínicos e sociais. Essas ações, ainda que devam se retroalimentar e reavaliar a partir de dados sobre a efetividade dos serviços, da farmacovigilância e de estudos de utilização de medicamentos, caracterizam-se pela ausência de enfoque clínico. As ações assistenciais que compõem o SFT, por outro lado, visam garantir que os cuidados, envolvendo o uso do medicamento, não se encerrem no ato da entrega dos produtos, pois essas ações devem estar integradas às rotinas dos serviços de saúde e ao trabalho da equipe de saúde como um todo.

As ações, atividades e tarefas, aqui preconizadas, estão consubstanciadas pelo novo perfil profissional farmacêutico, assegurado pelos marcos referenciais do atual modelo de política de medicamentos e assistência farmacêutica, que estabelece que este desenvolva as seguintes competências e habilidades (CORRER; OTUKI; SOLER, 2011):

- 1) conhecer as políticas de saúde pública;
- 2) planejar e executar as ações de gestão da assistência farmacêutica técnica e gerencial;
- 3) integrar equipes multiprofissionais de saúde;
- 4) selecionar medicamentos, analisando os parâmetros clínicos, epidemiológicos, de qualidade, farmacológicos, de custos e legais;
- 5) ter a ética como parte da sua prática profissional;
- 6) entender da legislação farmacêutica;
- 7) orientar o usuário em relação ao armazenamento, aos efeitos indesejáveis, às interações e às interferências de medicamentos;
- 8) ser capaz de analisar uma prescrição do ponto de vista legal, farmacocinético e farmacodinâmico;
- 9) gerir e administrar estabelecimentos farmacêuticos;
- 10) monitorar e avaliar a evolução do tratamento farmacológico de seus usuários;
- 11) atuar como fonte de informação fidedigna sobre medicamentos, disponibilizando informações sobre medicamento aos pesquisadores, profissionais da área de saúde e à comunidade.

Como afirmam Correr, Otuki e Soler (2011), sabe-se que a estruturação de uma estratégia, como a implantação do SFT, nos serviços, encontrará dificuldades inerentes a qualquer processo de inovação.

Cumpre registrar que será necessário superar limitações relacionadas com estrutura, organização, sistematização das atividades, treinamento dos auxiliares de farmácia, informatização e rede, gestão de suprimentos, prontuários eletrônicos, dificuldade de retorno de informação para o médico e à equipe de saúde, bem como o registro de produtividade. Além disso, somente farmacêuticos com treinamento específico em seguimento farmacoterapêutico

devem realizar esse ato. Quem quiser iniciar, deve estar preparado e começar com poucos usuários, estudando profundamente cada caso e discutindo a situação clínica com os outros membros da equipe de saúde, se possível.

A integração dos farmacêuticos às equipes de saúde não é um processo fácil e rápido. Alguns obstáculos terão que ser transpostos por meio de treinamentos específicos e muito trabalho. Pelo menos três momentos representarão desafios a serem superados, e que já podem ser considerados como componentes a serem trabalhados:

- O primeiro obstáculo será a compreensão do novo papel do farmacêutico pelos membros das equipes, o qual poderá ser superado por meio da apresentação, do esclarecimento e da sensibilização dos trabalhadores envolvidos, possibilitando uma aproximação entre os distintos atores. Ao compreender a importância das ações propostas, os agentes comunitários de saúde – ACS serão os principais aliados.
- O segundo obstáculo será a superação das carências na formação dos próprios farmacêuticos, a exemplo das dificuldades na abordagem aos usuários, especialmente na comunicação com os idosos e suas dificuldades de adesão ao tratamento, entre outras. A realização de treinamento específico para os farmacêuticos, com a participação de profissionais experientes, é fundamental para que se aperfeiçoem, conquistando a confiança, a cumplicidade e empatia dos usuários.
- O terceiro obstáculo será a insegurança na interlocução com os profissionais prescritores, em especial os médicos. Grupos operativos/educativos periódicos, para a estruturação e discussão de protocolos clínicos e socialização das informações sobre o monitoramento e a avaliação de usuários, podem minimizar esse problema e facilitar sua interlocução.

Falando em gestão

Como você avalia as condições atuais dos serviços onde atua para que o seguimento farmacoterapêutico seja uma realidade?

É provável que você, rapidamente, elenque uma série de barreiras. Mas, vamos pensar em como os instrumentos de gestão podem ajudar a criar condições mais favoráveis para a estruturação desses serviços farmacêuticos. Com certeza, ter dados de avaliações sobre os resultados do uso dos medicamentos, dos seus problemas, dos custos que representam para o próprio serviço, do impacto sobre os indicadores de saúde da população, são instrumentos importantes para a argumentação e negociação de novos patamares para os serviços farmacêuticos. Trazer o assunto à tona no âmbito dos

dos próprios serviços, das reuniões, das atividades com a população, com os conselhos de saúde, também reforçam as condições para que, reconhecido e lembrado, o serviço entre na pauta da gestão e da sociedade.

Por fim, processos de investigação, no que tange ao desenvolvimento e à aplicação de tecnologias para a gestão clínica dos medicamentos, são prementes. Entre as lacunas estão o desenvolvimento: de **ferramentas de estratificação do risco, relacionado ao uso dos medicamentos**, necessárias para organizar a seleção de usuários e a oferta de serviços nos territórios; de **modelos lógico-conceituais de serviços farmacêuticos clínicos**, embasados por evidência e validados para a realidade brasileira; e de **indicadores de qualidade mensuráveis**, que possam ser aplicados para a avaliação e acreditação dos serviços farmacêuticos clínicos.

Não existe uma fórmula pronta para a incorporação do SFT nos serviços. Isso depende do nível de estruturação de toda gestão da assistência farmacêutica, da disponibilidade de farmacêutico para atuar, diretamente, junto ao usuário (na Atenção Primária à Saúde, na Estratégia de Saúde da Família ou via Núcleo de Apoio à Saúde da Família) e, principalmente, depende da competência clínica e da formação deste profissional, que o fará capaz de intervir, de maneira adequada e significativa, junto à forma como o medicamento é utilizado pela equipe de saúde e pela população.

O seguimento farmacoterapêutico (SFT) tem o potencial de agregar grande valor à assistência farmacêutica, aumentando a eficiência e a resolubilidade do uso de medicamentos. O Brasil, entretanto, enfrenta, em muitos municípios e estados, desafios de ordem estrutural e de competências que estão na base da organização da assistência farmacêutica, o que faz com que o SFT pareça ser algo distante da realidade. É evidente, por outro lado, que naqueles municípios e estados onde os serviços farmacêuticos e o acesso aos medicamentos estão bem resolvidos, a implantação de SFT passe a ser uma prioridade de gestão. Um ponto crítico, que deve estar claro para qualquer gestor, é que o SFT é um serviço clínico de alta complexidade e baixa densidade tecnológica, que exige profissionais com treinamento adequado e alta competência clínica. É improvável que um farmacêutico plenamente envolvido na gestão técnica do medicamento ou na dispensação tradicional de medicamentos encontre tempo ou consiga a dedicação necessária para se integrar à equipe de saúde e atuar no cuidado dos usuários. Assim, o SFT pode ser visto como o próximo passo necessário da integração dos serviços farmacêuticos ao processo de cuidado em saúde. Isso, certamente, exigirá uma nova geração de farmacêuticos clínicos, capazes de participar da equipe de saúde de forma plena e de se relacionarem com a gestão da assistência farmacêutica, de modo a aumentar a eficiência do processo de uso de medicamentos.

Referências

- AQUINO, D. S. Por que o uso racional de medicamentos deve ser uma prioridade? *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 13, n. Supl, p. 733-736, 2008.
- CIPOLLE, R. J.; STRAND, L. M.; MORLEY, P. C. *Pharmaceutical Care Practice*. New York: McGraw-Hill, 1998.
- CIPOLLE, R. J.; STRAND, L. M.; MORLEY, P. C. *Pharmaceutical care practice: the clinician's guide*. 2. ed. New York: McGraw-Hill, 2004.
- CORRER, C. J.; PONTAROLO, R.; MELCHORS, A. C.; SOUZA, R. A. P.; ROSSIGNOLI, P.; FERNÁNDEZ-LLIMÓS, F. Satisfação dos usuários com serviços da farmácia: tradução e validação do Pharmacy Services Questionnaire para o Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 25, p. 87-96, 2009.
- CORRER, C. J.; OTUKI, M. F. *A prática farmacêutica na farmácia comunitária*. Porto Alegre: Artmed, 2013.
- CORRER, C. J.; OTUKI, M.; SOLER, O. *Assistência farmacêutica integrada ao processo de cuidado em saúde: da gestão técnica à gestão clínica do medicamento*. Material não publicado [submetido]. 2011.
- FERNÁNDEZ-LLIMÓS, F. et al. Morbidity and mortality associated with pharmacotherapy. Evolution and current concept of drug-related problems. *Curr Pharm Des*, v. 10, n. 31, p. 3947-3967, 2004.
- FUCHS, F. D.; WANMACHER, L.; FERREIRA, M. B. C. *Farmacologia clínica: fundamentos da terapêutica racional*. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.
- GRAINGER-ROUSSEAU, T. J.; MIRALLES, M. A.; HEPLER, C. D.; SEGAL, R.; DOTY, R. E.; BEN-JOSEPH, R. Therapeutic outcomes monitoring: application of pharmaceutical care guidelines to community pharmacy. *J Am Pharm Assoc*, v. 37, n. 6, p. 647-661, 1997.
- HEPLER, C. D.; GRAINGER-ROUSSEAU, T. J. Pharmaceutical care versus traditional drug treatment. Is there a difference? *Drugs*, v. 4, n. 1, p. 110, 1995.
- 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 the pharmaceutical care. *Am J Hosp Pharm*, v. 47, p. 533-543, 1990.
- HERNÁNDEZ, D. S.; CASTRO, M. M. S.; DÁDER, M. J. F. *Guía de seguimiento farmacoterapéutico*. 3. ed. Granada: GIAF-UGR, 2007.
- HURLEY, S. C. *A method of documenting pharmaceutical care utilizing pharmaceutical diagnosis*. College of Pharmacy, Idaho State University. Disponível em: <<http://www.otc.isu.edu/~hurley/phmdrome.pdf>>. Acesso em: 26 maio 2004.
- IVAMA, A. M. et al. *Proposta – Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2002. 24 p.
- KOZMA, C. M. Economic, clinical, and humanistic outcomes: a planning model for pharmaco-economic research. *Clinical Therapeutics*, v. 15, n. 6, p. 1121-1132, 1993.

- MACHUCA, M.; FERNÁNDEZ-LLIMÓS, F.; FAUS, M. J. *The Dáder Method: a guide for pharmacotherapy follow-up*. Granada: Universidad de Granada, 2003. 46 p.
- McANAW, J. J.; MCGREGOR, A. M.; HUDSON, S. A. The pharmaceutical care of patients with hypertension: an examination of service models in primary care in the US. *Pharm World Sci*, Hague, v. 23, n. 5, p. 189-194, 2001.
- MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010.
- MOTA, D. M.; SILVA, M. G. C. da; SUDO, E. C.; ORTUN, V. Uso racional de medicamentos: uma abordagem econômica para tomada de decisões. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 13, n. Supl, p. 589-601, 2008.
- ROVERS, J. P. et al. *A practical guide to pharmaceutical care*. Washington: American Pharmaceutical Association, 2003. 316 p.
- SABATER, D. et al. Tipos de intervenciones farmacéuticas en seguimiento farmacoterapêutico. *Seguimiento Farmacoterapêutico*, v. 3, n. 2, 2005.
- STRAND, L. M. et al. Drug-related problems: their structure and function. *DICP*, v. 24, n. 11, p. 1093-1097, 1990.
- WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Pharmacy based asthma services: protocol and guidelines*. Copenhagen: WHO, 1998. 131 p.

ABORDAGENS FARMACÊUTICAS EM CONDIÇÕES CRÔNICAS

Mauro Silveira de Castro
Paulo Maximiliano Corrêa
Juliane Fernandes Monks da Silva

8.1 Introdução

No Brasil a população encontra-se em rápido processo de envelhecimento. O percentual de jovens de 0 a 14 anos era de 42% em 1960, passou para 30% em 2000 e as previsões são de 18% em 2050. Enquanto isso, o percentual de pessoas maiores de 65 era de 2,7% em 1960, 5,4% em 2000 e deverá ser de 19% em 2050, dessa forma superando o número de jovens (BRITO, 2007).

Com o aumento da longevidade da população, existe o consequente incremento das condições crônicas (não incorporam apenas doenças crônicas, incluem outras situações no campo da Saúde), principalmente das doenças crônicas, visto essas afetarem mais os segmentos de maior idade.

As causas estão relacionadas a vários fatores e são caracterizadas por um início gradual de comprometimento da saúde, de prognóstico incerto ao início, com longa duração. O quadro clínico muda ao longo do tempo, ocorrendo possíveis períodos de agudização, com outros de uma relativa estabilidade

aparente, podendo, ao longo do tempo, gerar incapacidades. O tratamento, normalmente, não leva à cura. Mundialmente, são responsáveis por 60% de todo o ônus decorrente das doenças existentes.

Na Tabela 1 apresenta-se a distribuição de causas de morte no Brasil, sendo as doenças crônicas as mais prevalentes.

Tabela 1 – Mortalidade no Brasil em 2009

| Tipo de doença | Percentual |
|---|-------------------|
| Doenças do aparelho circulatório | 29 |
| Neoplasias | 16 |
| Causas externas | 13 |
| Doenças do aparelho respiratório | 10 |
| Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas | 6 |
| Doenças do aparelho digestivo | 5 |
| Doenças infecciosas | 4 |
| Doenças do sistema nervoso | 2 |
| Doenças do período perinatal | 2 |
| Outras causas | 13 |

Fonte: Brasil (2011).

As doenças crônicas, além da mortalidade, apresentam grande potencial para o aparecimento de morbidades correlacionadas, sendo responsáveis por grande número de internações e estão entre as primeiras causas de amputações e de perdas de mobilidade e outras funções neurológicas. Estão relacionadas à perda significativa de qualidade de vida, a qual se aprofunda à medida que a doença se agrava.

Como exemplo, pode-se citar que, no Brasil, 23,3% dos brasileiros são hipertensos e 6,3% são diabéticos, e essas doenças são a primeira causa de morte e de hospitalizações. Também são apontadas como responsáveis por mais da metade dos diagnósticos primários em pessoas com insuficiência renal crônica, submetidas à diálise no Sistema Único de Saúde (SUS) (OPAS, 2010).

As doenças crônicas causam grande impacto econômico para o País, não apenas no referente aos gastos relacionados ao SUS, mas também àqueles relacionados ao absenteísmo, aposentadorias precoces e morte da população economicamente ativa. Também causam impacto na vida das pessoas, família e comunidade, com perdas impossíveis de serem medidas. As projeções do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2010) são de que o Brasil terá mais de 30 milhões de indivíduos com 60 anos ou mais em 2025 e cerca de 85% apresentará pelo menos uma doença, sendo as cardiovasculares as predominantes e a hipertensão arterial sistêmica (HAS) a prevalente.

Diante desse quadro, torna-se importante avaliar algumas situações em que serviços farmacêuticos clínicos são ofertados e o que acontece com a utilização deles na atual organização do sistema de saúde brasileiro. Neste capítulo, serão avaliadas três situações de oferta de serviços farmacêuticos. A primeira trata de um ambulatório de HAS, onde farmacêuticos estão integrados à equipe médica, e usuários com HAS não controlada são referenciados para avaliação. A segunda, de usuários submetidos a transplante de medula óssea, e a última, de usuários com doenças do aparelho respiratório.

8.2 Hipertensão Arterial Sistêmica

O conhecimento atual, na área da hipertensão arterial, está fundamentado em fortes evidências científicas que podem levar a uma melhor prática profissional, possibilitando a redução na incidência de desfechos, tais como infarto do miocárdio e acidente vascular encefálico (FUCHS, 2005; CHOBANIAN et al., 2003). Esses achados são apresentados em vários guias e consensos disponibilizados para os profissionais da saúde (BRASIL, 2013a; 2013b; 2013c), bem como medicamentos são disponibilizados para seu tratamento. Entretanto, os recursos terapêuticos e o conhecimento disponível não levam ao controle da hipertensão, e os eventos cardiovasculares continuam acontecendo, causando morbidade e mortalidade.

Alguns fatores desse insucesso estão relacionados a eventos adversos de medicamentos anti-hipertensivos, às atitudes e às crenças do paciente em relação ao tratamento e à própria doença, à inércia de prescritores frente à pressão arterial (PA) não controlada e à ausência de serviços de saúde estruturados e eficientes para sobrepujar esse problema de saúde pública (ISH, 2003; OLIVERIA et al., 2002; KOHN; CORRIGAN; DONALSON, 1999; SUTTON-TYRREL et al., 2003; NEUTEL; SMITH, 2003). Uma possibilidade de abordagem que venha a contribuir para a solução desses problemas é o trabalho inter e multidisciplinar dos membros da equipe de atenção à saúde, além de outras abordagens que devem ser utilizadas.

Durante o ano de 2001, iniciou-se a integração de profissionais farmacêuticos à equipe médica do Ambulatório de Hipertensão do Serviço de Cardiologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). Trata-se de um ambulatório de nível secundário de cuidado, onde são referidos pacientes tidos como hipertensos de difícil controle. Entende-se por paciente não aquele que espera pacientemente, mas sim a pessoa que padece (sofre) ou vai padecer de um problema de saúde.

Visando estabelecer se a participação de farmacêuticos no Ambulatório de HAS produzia efeito benéfico para os pacientes, foi realizado ensaio clínico

randomizado (CASTRO et al., 2006), em paralelo, avaliando o seguimento farmacoterapêutico, tendo como controle simulação de intervenção. Os profissionais e pacientes foram cegados quanto aos resultados terapêuticos, sendo a alocação randômica realizada em blocos de oito pacientes e estratificada por gênero. O método de seguimento farmacoterapêutico utilizado foi desenvolvido pelo Grupo de Pesquisa e Desenvolvimento em Atenção Farmacêutica (GPDAF), após avaliação de alguns métodos e encontra-se o Anexo I, ao final deste capítulo. Os participantes foram atendidos durante seis meses, tendo como objetivo testar a eficácia de intervenções realizadas por farmacêuticos, visando a redução da pressão arterial de pacientes hipertensos não controlados.

Foram convidados a participar pacientes adultos, que recebiam tratamento farmacológico para hipertensão, sendo prescrito, no mínimo, hidroclorotiazida, e apresentando níveis pressóricos (média de duas medidas de consultório) iguais ou acima de 140 x 90 mmHg. O desfecho estudado foi o delta da pressão arterial medida por meio de monitorização ambulatorial da pressão arterial (MAPA). A adesão ao tratamento medicamentoso foi determinada pela identificação de níveis plasmáticos de hidroclorotiazida ao final da participação no estudo. Também foram identificados os problemas relacionados com medicamentos, e foram evidenciados os relativos aos anti-hipertensivos.

Um total de 57 (80,3%) de 71 pacientes randomizados concluiu todas as atividades. Os 14 pacientes que abandonaram o seguimento farmacoterapêutico foram contatados pelos pesquisadores, sendo que sete realizaram MAPA iniciais e finais, sendo incluídos na análise de intenção de tratar.

Apesar das medidas de consultório demonstrarem que os pacientes hipertensos não estavam controlados, os resultados do MAPA, abertos ao final do estudo, revelaram que 42% dos pacientes participantes estavam com níveis pressóricos adequados; 14 pacientes (46,7%) no grupo intervenção e 13 (38,2%) no grupo controle. Isso ocasionou uma perda de poder do estudo, já que a intervenção comparada com a simulação apresentou redução de 3,2 mmHg na sistólica e 1,2 mmHg na diastólica, não sendo estatisticamente significativa (CASTRO et al., 2006). Esses dados foram avaliados e verificou-se a necessidade de mudança de rotina no ambulatório, pois antes de associar outro medicamento ou pesquisar alguma causa para a HAS, a síndrome do avental branco deveria ser investigada.

Quanto à redução da PA, mesmo nessas condições, ao considerar-se a classificação das pressões arteriais segundo o VII Joint, estabelecendo-se como variável nominal “mudança na classificação da pressão arterial” e tendo como condição satisfatória (sim) se o paciente diminuiu o estágio de risco na classificação e como não, a manutenção ou o aumento de risco, existe significativa relação entre intervenção e reclassificação (diminuição de risco): 14 (46,7%) pacientes no grupo intervenção contra 8 (23,5%) no grupo controle

($p = 0,052$). A razão de chances para reclassificação da pressão arterial, ajustada para idade e pressão arterial basal, foi estatisticamente significativa: 0,253 (IC 95% = 0,07 a 0,94; $p = 0,039$).

Quanto à adesão ao tratamento, níveis plasmáticos de hidroclorotiazida foram identificados em 21 pacientes dos 27 do grupo de intervenção, que compareceram a todos os encontros, e em 24 dos 30 do grupo controle ($p = 0,904$), 41 pacientes apresentaram problemas relacionados com anti-hipertensivos (PRM anti-HAS), sendo 21 (37 PRM anti-HAS) no grupo intervenção e 20 (29 PRM anti-HAS) no controle. Entre 11 problemas relacionados com medicamentos (PRM) com anti-HAS categorizados como de necessidade de utilização de um medicamento, quatro pacientes não utilizavam o anti-hipertensivo por alto custo e dois pela decisão de não utilizar. Foram identificados 25 PRM anti-HAS de inefetividade terapêutica, sendo a causa em 21 casos a não administração do medicamento como recomendado pelo prescritor. Quanto a problemas de segurança, foram identificados 30 PRM anti-HAS, sendo as causas mais comuns a não utilização como o recomendado e/ou o não entendimento da prescrição.

Discutido com os gestores os resultados obtidos, os profissionais farmacêuticos passaram a integrar os serviços oferecidos, estipulando-se que os pacientes que não atingissem os resultados terapêuticos seriam referenciados para seguimento farmacoterapêutico. O grupo de pacientes atendidos pelo corpo médico é de mais de 3.000 pacientes, sendo que 10% dos mesmos foram referidos para seguimento farmacoterapêutico.

Os pacientes em que não se consegue verificar o alcance dos resultados terapêuticos podem ter as causas dessa situação clínica vinculadas a duas categorias principais: as referentes ao sistema de saúde e as referentes ao próprio paciente. A inexistência de um prontuário eletrônico em que estejam registrados os atendimentos médicos, ou mesmo quando existente e não há consulta prévia ou entendimento entre os especialistas prescritores, leva a duplicidades terapêuticas que confundem o paciente. Nesses casos o paciente não sabe o que deve se administrar e qual realmente é o tratamento dele para determinada doença. A existência de erros de prescrição que acontecem quando o sistema não é eletrônico e não possui segurança para evitar erros básicos. Em outros casos, as informações sobre a administração dos medicamentos é reduzida e o paciente não tem condições de administrá-los corretamente. Outro fator agravante no caso de pessoas com hipertensão resistente é que a seleção de anti-hipertensivos para integrarem a relação de medicamentos de um município não pode deixar de levar em consideração as necessidades desse grupo de pacientes. Alguns municípios incluem na Relação Municipal de Medicamentos (Remume) três ou quatro anti-hipertensivos, mas esses não são suficientes para o tratamento nesses casos. Pior ainda é a situação do usuário

do SUS que possui alguma reação adversa a um medicamento e necessita de quatro anti-hipertensivos para controlar sua hipertensão. Caso não tenha poder aquisitivo, fica subtratado. Uma melhor avaliação epidemiológica da população que esteja sob o cuidado de um gestor deve ser realizada, como também o preparo de profissionais para exercerem essas funções, associado à utilização de informações fundamentadas na saúde baseada em evidências.

Por outro lado, não existe um programa que dê suporte às necessidades de pacientes que possuem problemas cognitivos. A experiência no Ambulatório de Hipertensão revelou que pacientes com problemas cognitivos possuem quatro vezes mais chances de não possuírem adesão ao tratamento (JACOBS et al., 2011). Também, quando faz-se necessário aumentar a complexidade terapêutica, programas específicos são inexistentes para o atendimento desses pacientes.

A filosofia de prática de muitos profissionais da saúde está vinculada ao tratamento da doença e não de atender a pessoas em sua integralidade e totalidade. As pessoas querem saber o que estão tomando, qual a razão de administrar-se o medicamento “x” ou “y”. Muitas questões são colocadas pelos usuários: “Não sei por que eu tomo quatro medicamentos para a pressão alta? Eu só tenho uma doença e tenho que tomar quatro medicamentos?” “Eu não entendo por que eu tenho que tomar dois tipos de comprimido para a diabetes?”. Várias são as falas, mas uma certeza existe nelas – se a pessoa quer ser empoderada sobre o entendimento que tem sobre a doença e o tratamento, é direito dela. Vários outros aspectos podem ser relatados, mas esses são alguns dos fatores existentes e que podem contribuir para uma discussão ao final.

8.3 Transplante de Células-Tronco Hematopoiéticas

Os transplantes de medula óssea são procedimentos complexos e de alto custo, realizados em centros de referência. Constituem-se no emprego de alta tecnologia, e o conhecimento de como é realizado e o que se pode ofertar de serviços farmacêuticos é fundamental para o sucesso terapêutico. Iniciaremos esta exposição abordando o transplante e, após, o tipo de serviço ofertado e os problemas decorrentes.

Transplante de medula óssea (TMO) pode ser definido como qualquer procedimento em que as células-tronco hematopoiéticas (CTH) de um doador são infundidas em um receptor com a intenção de repovoar e substituir o sistema hematopoiético do receptor em parte ou na sua totalidade. As células-tronco utilizadas para a infusão podem ser obtidas da medula óssea, do sangue periférico ou do sangue do cordão umbilical (oriundos de bancos de cordão umbilical) (LJUNGMAN et al., 2010).

O TMO pode ser dividido em três tipos (AZEVEDO; RIBEIRO, 2000):

- 1) Alogênico, existe um doador que possui histocompatibilidade quanto aos Antígenos Leucocitários Humanos (ALH) com o receptor, o que possibilita a transferência de CTH entre os indivíduos.
- 2) Autólogo, não existe doador, as CTH são retiradas do paciente, tratadas e depois reinfundidas no próprio paciente.
- 3) Singênico, quando o transplante alogênico é realizado entre irmãos gêmeos.

Quanto ao tipo de células-tronco hematopoiéticas destacam-se (AZEVEDO; RIBEIRO, 2000):

- 1) Células da medula óssea.
- 2) Células-tronco do sangue periférico.
- 3) Células de sangue de cordão umbilical.
- 4) Células de fígado fetal.
- 5) Células cultivadas.
- 6) Células geneticamente modificadas.

A medula óssea, as células-tronco periféricas, as células cultivadas e as células geneticamente modificadas podem ser usadas tanto em transplantes autólogos quanto em alogênicos. Já as células de sangue de cordão umbilical e de fígado fetal são destinadas exclusivamente aos transplantes alogênicos (AZEVEDO; RIBEIRO, 2000).

Transplante Alogênico de Células-Tronco Hematopoiéticas

O Transplante alogênico de células-tronco hematopoiéticas (Alo-TCTH) iniciou-se como uma terapia para o tratamento dos efeitos adversos de doses não letais de radiação e quimioterapia em pacientes que apresentavam diversas doenças dentre as quais neoplasias, uma vez que, com o transplante, os pacientes tinham a hematopoese restaurada. Logo ficou claro que a grande contribuição do Alo-TCTH vinha da ação que as células transplantadas tinham sobre as células tumorais do hospedeiro (GYURKOCZA; REZVANI; STORB, 2010).

Desde o início da utilização do Alo-TCTH para o tratamento de pacientes com leucemia até os dias atuais, houve uma ampliação no espectro de utilização desse tipo de transplante. Atualmente, essa técnica é utilizada para um número muito grande de doenças, como as indicadas na Tabela 2.

Tabela 2 – Doenças em que o transplante alogênico de Células-tronco Hematopoiéticas pode ser empregado

| Doenças adquiridas | Doenças hereditárias |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Anemia Aplástica • Hemoglobinúria Paroxística Noturna • Leucemia Mieloide Aguda • Leucemia Linfoblástica Aguda • Síndrome Mielodisplástica • Desordens Mieloproliferativas • Leucemia Mieloide Crônica • Mieloma Múltiplo e outras desordens de Células Plasmáticas • Linfoma de Hodgkin • Linfoma Não Hodgkin • Leucemia Linfocítica Crônica • Doenças Autoimunes Seleccionadas | <ul style="list-style-type: none"> • Talassemia • Anemia Falciforme • Anemia de Fanconi • Síndrome de Diamond-Blackfan • Disceratose Congênita • Síndrome de Schawchman-Diamond • Síndrome da Imunodeficiência Combinada e outras deficiências imunes congênitas • Síndrome de Wiskott-Aldrich • Osteopetrose • Linfocitoses Hemofagocítica • Síndrome de Hurler e outras desordens metabólicas hereditárias |

Fonte: Gyurkocza; Rezvani; Storb (2010).

Segundo Gyurkocza, Rezvani e Storb (2010), anualmente são realizados mais de 55.000 transplantes alogênicos de Células-troncos hematopoiéticas no mundo. Um relatório europeu sobre as atividades de transplantes naquele continente, no ano de 2011, estima que lá foram realizados 13.470 transplantes alogênicos de medula óssea (PASSWEG et al., 2013). As causas mais comuns desse tipo de transplante são as leucemias aguda e crônica e as síndromes mielodisplásica e mieloproliferativa (GYURKOCZA; REZVANI; STORB, 2010).

Inicialmente, o alo-TCTH foi utilizado como uma terapia de resgate para o tratamento de certas doenças. Contudo, estudos demonstraram que a utilização desse procedimento em estágios iniciais de leucemias e de síndrome mielodisplásica apresenta melhor resultado na redução do risco de morte e na sobrevida livre de doença (CORNELISSEN et al., 2001; LEE et al., 2007). Além disso, a realização do transplante logo após o diagnóstico da doença também está relacionada com redução nas complicações pós alo-TCTH.

Seleção do Doador

Para a realização do transplante alogênico de células-tronco hematopoiéticas a seleção do doador é fundamental para o sucesso do procedimento. A principal compatibilidade que deve existir entre doador e receptor é quanto ao ALH. O sistema ALH representa um grupo de glicoproteínas presentes na superfície celular. Ele pode ser dividido em três classes. A classe I é

composta por moléculas presentes nas membranas de todas as células nucleadas e participam da apresentação antigênica aos linfócitos citotóxicos. A classe II é composta por moléculas que se encontram na membrana de linfócitos, monócitos e macrófagos e participam da apresentação antigênica dessas células. A classe III é constituída por proteínas do sistema complemento, fator de necrose tumoral e demais proteínas que não participam do sistema imunológico.

Os melhores resultados encontrados acontecem em pacientes com total compatibilidade no ALH. Porém, a realização de transplantes é possível mesmo que haja poucos graus de incompatibilidade do ALH entre doador e receptor. Todavia, a ocorrência de complicações após a realização do transplante nessas condições é maior.

A existência ou não de parentesco entre doador e receptor está ligada à ocorrência de Doença do Enxerto Contra o Hospedeiro (DECH). A realização de transplante aparentado tem mostrado melhores resultados. Estudos apontam que a incidência de DECH aguda em casos de alo-TCTH aparentados varia entre 10% – 60% (STORB et al., 2001). Já em transplantes não aparentados esse valor fica entre 60% – 80% (MIELCAREK et al., 2003; COURIEL et al., 2004).

Condicionamento

O sistema imunológico do receptor deve sofrer uma ablação quase total por meio da administração de doses mieloablativas de quimioterapia e/ou radioterapia. Essa medida visa destruir as células alteradas na medula óssea e eliminar o sistema imunológico do receptor, gerando imunossupressão. Essa condição faz-se necessária para que possa haver a pega das células transplantadas e para evitar a ocorrência de rejeição. Após a mieloablação, o paciente está pronto para iniciar o processo de infusão das células-tronco hematopoiéticas para que haja o reestabelecimento da imuno-hematopoiese normal (LÉGER; NEVILL, 2004).

Transplante

Por convenção, os dias que antecedem ao transplante são contados de forma decrescente iniciando-se no dia menos sete. O dia da realização da infusão das células é o dia zero. Após o procedimento, os dias são contados em ordem crescente. Essa técnica é utilizada para facilitar a contagem da data de ocorrência de eventos importantes como a pega, por exemplo.

O transplante constitui-se da infusão das células-troncos hematopoiéticas no receptor. Do dia zero até a pega o paciente encontra-se extremamente imunossuprimido, estado muito vulnerável a contrair infecções. Além disso, nesse período, o paciente apresenta mucosites e problemas dermatológicos oriundos do processo de condicionamento. Há, ainda, a necessidade de o paciente manter o cateter central, outra possível fonte de infecção. Durante o

período neutropênico, o paciente fica isolado em um quarto que proporcione a melhor proteção possível contra microrganismos. Além disso, todos os pacientes utilizam uma profilaxia antifúngica e antiviral.

No período entre o transplante e a pega, muitos pacientes apresentam neutropenia febril, caracterizada por neutropenia (contagem absoluta de neutrófilos < 500 células/mm³ ou < 1000 células/mm³ com estimativa de queda a < 500 células/mm³ nos dois dias seguintes) associado a febre (medida isolada > 38 graus ou duas medidas $> 37,8$ graus com intervalo de uma hora). Nesses casos, é iniciado uso de antibióticos de amplo espectro. No Hospital de Clínicas, há um protocolo com uma sequência de antibióticos pré-selecionados, que inicia com amoxicilina/clavulanato e ciprofloxacino, em casos de risco baixo, passando para cefepime intravenoso, que pode ter a adição de vancomicina e metronidazol em casos graves.

Pega

A pega é o processo no qual as células retiradas do doador iniciam a constituição de novos componentes sanguíneos na cavidade óssea do receptor. A pega é considerada quando a contagem absoluta de neutrófilos supera $0,5 \times 10^9/L$. Após esse início o número de plaquetas e de hemácias começa a aumentar. Normalmente, a pega se dá entre os dias +10 e +20.

Imunorreconstituição

A imunorreconstituição total pode levar 12 meses ou mais e só está completa após a restauração total das células T e das células B. Somente no momento em que o sistema imunológico do doador estiver em pleno funcionamento no corpo do receptor é que o risco de infecções oportunistas cai a níveis pré-mórbidos.

Os fatores que atrapalham a imunorreconstituição são a DECH, infecções virais (particularmente aquelas da família do vírus da Herpes), depleção de linfócitos a partir do enxerto de células-tronco, ou manobras imunoterapêuticas após o transplante, como a administração de anticorpos contra células T e B (ou para o controle da DECH ou de células tumorais). Além disso, a fonte da medula óssea e o grau de histocompatibilidade entre doador e receptor também estão relacionados com a reconstituição imunológica.

Doença do Enxerto Contra o Hospedeiro

A DECH é a principal limitação ao transplante de medula óssea.

Ferrara e Reddy definem a patofisiologia da DECH como sendo a soma de três etapas. A etapa I ocorre antes da realização do transplante, envolve dano tecidual e a ativação celular, no receptor, induzida pelo pré-condicionamento (quimioterapia ou ITB), levando à secreção de citosinas inflamatórias (TNF- α ,

IL-1, IL-6 IFN- γ), sinais de perigo (ATP e nicotina adenina dinucleotídeo) e proteínas da matriz extracelular, que promovem a ativação e maturação das células apresentadoras de antígenos (APCs). O estágio II envolve a ativação de linfócitos (células T) do doador. As células T adormecidas tornam-se ativas pela presença de APCs tanto do doador quanto do receptor e das citosinas inflamatórias. No estágio III, fatores celulares e inflamatórios são liberados (TNF- α , IL1, IL6, IL10 e IL12). Eles irão mediar a manifestação clínica da DECH (FERRARA; REDDY, 2006).

Classicamente a DECH possui duas classificações: uma baseada no tempo de ocorrência e outra, nas manifestações clínicas. Segundo a classificação temporal clássica, a forma aguda ocorre até 100 dias após o transplante, enquanto a forma crônica manifesta-se após esse período. Na prática essa classificação se mostrou pouco satisfatória. Em 2005, o *National Institutes of Health* (NIH) apontou uma outra classificação que apresenta novas ocorrências de DECH aguda, que seriam: a *late-onset* de DECH aguda, com ocorrência após os primeiros 100 dias; e a síndrome *overlap*, na qual há a ocorrência da DECH aguda e crônica simultaneamente (FILIPOVICH et al., 2005).

DECH Aguda

A classificação clínica da DECH aguda (DECHa) segue os critérios de Gluksberg (PRZEPIORKA et al., 1995) e é representada por graus que variam de I a IV, como pode ser visto nas Tabelas 3 e 4, sendo que as formas clinicamente relevantes são as do grau II ao IV (GLUCKSBERG et al., 1974). Os órgãos afetados pela DECHa são bem específicos: pele, fígado, trato gastrointestinal e pulmão. A classificação da gravidade é dada pela extensão do envolvimento dos órgãos afetados. Os piores prognósticos estão relacionados com os graus mais graves de DECH, sendo que a expectativa de sobrevivência para os pacientes do grau III é de 25% e para os que apresentam grau IV é de apenas 5% (FERRARA; REDDY; HOLLER, 2009).

Tabela 3 – Estagiamento clínico da DECHa

| Estágio | Pele | Fígado (bilirrubina mg/dL) | Intestino |
|---------|--|----------------------------|--|
| + | Exantema maculopapular em > 25% da superfície corporal | 2-3 | Diarreia (500 a 1000 mL/dia) e náusea. |
| ++ | Exantema maculopapular de 25% a 50% da superfície corporal | 3-6 | Diarreia (1000 a 1500 mL/dia). |
| +++ | Eritrodermia generalizada | 6-15 | Diarreia (> de 1500mL/dia). |
| ++++ | Escamação e bolhas | > 15 | Dor com ou sem obstrução. |

Fonte: Paton; Coutinho; Voltarelli (2000).

Tabela 4 – Classificação Clínica da DECHa

| Grau | Pele | Fígado | Intestino |
|------|----------|----------|-----------|
| 0 | 0 | 0 | 0 |
| I | + a ++ | 0 | 0 |
| II | +a+++ | + | + |
| III | ++a+++ | ++a+++ | ++a+++ |
| IV | +++a++++ | +++a++++ | +++a++++ |

Fonte: Paton; Coutinho; Voltarelli (2000).

A profilaxia mais utilizada para a DECHa é a combinação de um inibidor de calcineurina (ciclosporina ou tacrolimo) com algumas doses de metotrexato. Nenhum estudo demonstrou haver diferença na sobrevida em favor de um dos inibidores da calcineurina (GYURKOCZA; REZVANI; STORB, 2010).

Os estudos demonstram que a incidência de DECHa varia entre 30% e 45% (LOISEAU et al., 2007) em pacientes com compatibilidade total do ALH. Pacientes que recebem a medula de doadores com o não pareamento em um dos alelos do HLA têm incidência de DECHa entre 60% e 80% (FLOMENBERG et al., 2004).

O tratamento padrão é o uso de corticosteroides devido aos efeitos antilinfocitário e anti-inflamatório. Muitos centros tratam o aparecimento de DECHa leve de pele com o uso de corticoides tópicos, já as manifestações mais severas são tratadas com altas doses de corticoides sistêmicos. Apesar do uso consagrado, a terapia com corticoide resulta em remissão completa da DECHa em menos da metade dos pacientes (MACMILLAN et al., 2002). Outros tratamentos vêm sendo estudados como a fotofereze extracorpórea e o bloqueio da citocina anti-inflamatória TNF- α (GREINIX et al., 2006; LEVINE et al., 2008).

DECH crônica

A DECH crônica (DECHc) ainda é menos compreendida do que a DECHa. Uma das barreiras que dificultam os estudos sobre a DECHc é a inexistência de modelos animais (GYURKOCZA; REZVANI; STORB, 2010).

A DECHc recebeu a primeira classificação clínica em 1980. Sullivan e colaboradores publicaram essa classificação baseados na observação de 28 pacientes que apresentaram essa complicação. Os casos foram classificados em restrito e extenso (SHULMAN et al., 1980). Apesar da classificação de Sullivan receber críticas por ser considerada de difícil reprodução e por não permitir uma predição da mortalidade tardia relacionada com o tratamento, somente após 25 anos foi sugerida uma nova. Em 2005, o NIH sugeriu a sua classificação baseada em critérios clínicos mais detalhados e que estipulava a graduação da DECHc em leve, moderada e severa. Conforme a classificação apresentada pelo paciente foi sugerido o manejo considerado mais adequado (FILIPOVICH et al., 2005).

A DECHc apresenta uma incidência que varia de 6% a 30% (SULLIVAN et al., 1991; ROCHA et al., 2000). Um estudo observacional realizado no HCPA

incluiu 201 pacientes e detectou uma incidência de 28,5% de DECHa de Grau II a IV e 38% de DECHc em pacientes que realizaram transplante alogênico de medula óssea (SILLA et al., 2009).

Como a patofisiologia ainda é pouco conhecida, o tratamento é realizado com a utilização de uma variedade de agentes imunossupressores. A resposta ao tratamento é imprevisível e pode haver respostas diferentes em órgãos do mesmo paciente.

O tratamento padrão baseia-se no uso de corticoides com ou sem a presença de inibidores da calcineurina. Pacientes com DECHc progressiva muitas vezes não respondem bem ao tratamento. Porém, pacientes que apresentam DECHc após um tratamento bem sucedido contra a DECHa (forma quiescente) e os pacientes que nunca manifestaram DECHa (forma de novo) costumam responder melhor ao tratamento (RATANATHARATHORN et al., 2001).

Tratamento medicamentoso

A inexistência de um protocolo nacional para o tratamento medicamentoso pós-transplante alogênico de Células-Tronco Hematopoiéticas faz com que cada centro opte pelo grupo de medicamentos que considera mais adequado.

O tratamento padrão para pacientes que recebem alta após a realização do alo-TCTH no HCPA, por exemplo, é composto pelos seguintes medicamentos (Quadro 1):

Quadro 1 – Tratamento padrão pós-transplante alogênico de Célula-Tronco Hematopoiéticas

| Imunossupressores | |
|--|---|
| - Ciclosporina (primeira escolha) - Tacrolimo - Mofetil micofenolato | Tratamento preventivo da DECH. |
| Corticoide | |
| Prednisona | Adjuvante no tratamento com o imunossupressor e tratamento de primeira escolha para a DECH. |
| Antibióticos | |
| Amoxicilina Sulfametoxazol + Trimetoprima | Profilático para infecções por <i>Pneumocystis jirovici (carinii)</i> . Profilático para infecções por <i>Streptococcus pneumoniae</i> . |
| Antifúngico | |
| Fluconazol | Profilático para infecções por <i>Candida albicans</i> . |
| Antiviral | |
| Aciclovir Ganciclovir | Profilático para infecções por herpes-zóster. Tratamento de reativação de citomegalovírus. |
| Analgésico | |
| Paracetamol | Prescrito para uso, se necessário, em caso de dor. |
| Antiemético | |
| Metoclopramida | Prescrito para uso, se necessário, em caso de náusea. |

Legenda: DECH – Doença do Enxerto Contra o Hospedeiro
Fonte: Corrêa (2014).

Além desses, também são utilizados outros medicamentos, em casos especiais, conforme a necessidade dos pacientes, conforme Quadro 2:

Quadro 2 – Medicamentos utilizados em casos especiais

| Medicamento | Utilização |
|--|---|
| Anti-hipertensivo (ex.: captopril, anlodipino, hidralazina) | Tratamento da hipertensão gerada pelo uso do imunossupressor. |
| Insulina | Tratamento da diabetes gerada pelo uso de doses elevadas de corticoide. |
| Foscarnet | Tratamento de reativação de citomegalovírus em que o paciente apresentou reação adversa ao ganciclovir. |
| Bezafibrato | Tratamento de hipercolesterolemia causada pelo uso do imunossupressor. |
| Codeína | Tratamento de dores fortes. |
| Bromazepam | Tratamento de insônia que pode estar relacionada ao uso de doses elevadas de corticoide. |
| Cloreto de potássio | Reposição de eletrólitos. |
| Pindolato de magnésio | Reposição de magnésio. |
| Oseltamivir | Tratamento de infecção por <i>influenza</i> . |

Fonte: Corrêa (2014).

Serviços Farmacêuticos ao paciente que se submeteu ao transplante alogênico de Células-Tronco Hematopoiéticas: limitações da governança do farmacêutico

O sistema de gestão escolhido para o SUS foi o de descentralização com compartilhamento de responsabilidades pelas três esferas de governo: federal, estadual e municipal (BRASIL, 1990). Os objetivos dessa descentralização são a regionalização da gestão à saúde visando: à garantia de acesso, de resolutividade e de qualidade nas ações e nos serviços de saúde; à garantia do direito à saúde, reduzindo as desigualdades sociais e territoriais e promover a equidade; à garantia à integralidade da atenção a saúde; à potencialização do processo de descentralização, fortalecendo estados e municípios para exercerem papel de gestores e a racionalização dos gastos e a otimização dos recursos (BRASIL, 2006).

Os pacientes que se submeteram ao transplante alo-TCTH pelo serviço público tiveram acesso ao sistema de saúde, uma vez que chegaram a realizar o procedimento. Contudo, isso não lhes garante a continuidade de acesso no decorrer do tratamento. Ao observarmos alguns pacientes submetidos ao alo-TCTH percebem-se muitas reclamações de falta de acesso a medicamentos, transporte e moradia por parte desses pacientes.

A dificuldade de acesso a medicamentos e a serviços de saúde enfrentada por esses pacientes interfere em sua recuperação e limita a possibilidade de atuação do farmacêutico clínico.

Serviço farmacêutico

De maio de 2011 a setembro de 2012, todos os pacientes que realizaram alo-TCTH no HCPA, por meio do serviço público, foram acompanhados pelo farmacêutico ligado à equipe de hematologia por um período de seis meses. O acompanhamento iniciava após a alta da unidade de ambiente protegido, com o paciente internado no Hospital Dia do HCPA e seguia, à medida que sua recuperação progredia, no ambulatório do hospital. O farmacêutico realizava visitas periódicas de seguimento farmacoterapêutico, baseado no método de Seguimento Farmacoterapêutico do GPDAF (Anexo I) e às condições específicas do tratamento e dos pacientes submetidos ao TMO, como por exemplo, questionava os pacientes quanto à facilidade de obtenção de seus medicamentos nas farmácias de unidades básicas de saúde, transporte e habitação. Sempre que o paciente relatava dificuldade de acesso ou falta de algum dos medicamentos, o farmacêutico buscava solucionar o problema e comunicava ao médico responsável.

Acesso a medicamentos

O número de medicamentos prescrito por paciente tinha moda de 10 medicamentos com intervalo de 8 a 12. Apenas o imunossupressor era fornecido pela Secretaria Estadual de Saúde, todos os demais ficavam sob responsabilidade dos municípios. Na grande maioria dos casos, os pacientes não possuíam recursos próprios para a aquisição dos medicamentos necessários para a continuação do tratamento após a alta. Assim, o acesso aos medicamentos nas farmácias municipais era fundamental para o sucesso do procedimento.

Os medicamentos que deveriam ser retirados nas farmácias municipais eram omeprazol, amoxicilina, fluconazol, sulfametoxazol/trimetoprima, aciclovir e prednisona, para uso contínuo. Além desses, metoclopramida e paracetamol eram prescritos para uso quando necessário. Em virtude de reações adversas ao imunossupressor ou ao corticoide, também foram prescritos captopril, anlodipino, insulina NPH e sinvastatina, sendo que esses também deveriam ser entregues pelas farmácias municipais.

Dos 20 pacientes acompanhados, apenas dois não relataram dificuldade de acesso a algum medicamento. O número médio de medicamentos faltantes foi três, sendo que os relatos variaram de nenhuma falta até dificuldade para obtenção de oito medicamentos. Os que apresentaram o maior número de citações por serem difíceis de serem encontrados nas farmácias municipais foram omeprazol, aciclovir e fluconazol. Contudo, todos os medicamentos foram citados ao menos uma vez (CORRÊA, 2014).

A maior dificuldade para obtenção dos medicamentos prescritos foi relatada por pacientes que efetuaram a busca em cidades da região metropolitana e do interior do estado do Rio Grande do Sul. Por isso, em muitos dos casos, os pacientes recorriam às farmácias municipais de Porto Alegre para obterem

os medicamentos, mesmo não sendo residentes nesse município. O caso mais crítico foi relatado por um paciente, oriundo do estado de Santa Catarina, que estava hospedado em uma cidade da grande Porto Alegre e que teve acesso negado aos medicamentos por não ser residente do município.

Os pacientes têm risco de complicações graves por não terem adesão ao tratamento medicamentoso. Existem também impactos no hospital que realizou o transplante, já que, em muitos casos, os pacientes necessitam ser reinternados por complicações decorrentes da falta de algum medicamento, bem como para a obtenção da medicação que deveria ser entregue pelo governo.

Quando analisamos do ponto de vista econômico, fica claro o quão irracional é o problema gerado pela falta de medicamentos nas farmácias municipais. O investimento para a realização do alo-TCTH vai de R\$ 80.000,00 (oitenta mil reais) a R\$ 150.000,00 (cento e cinquenta mil reais). Havendo complicações, como a decorrente de falta de acesso a medicamentos, esse custo pode chegar a mais de R\$ 500.000,00 (quinhentos mil reais). Todo o investimento inicial pode ser comprometido pela falta de medicamentos que não chegam a 10% do valor do custo do transplante.

Sistema de transporte em saúde

Após a alta, os pacientes necessitam retornar periodicamente ao hospital. Boa parte não possui meio de transporte próprio e, por estar imunossuprimida, não pode utilizar transportes públicos para se deslocar. Nessa situação, o município deve assumir a responsabilidade e disponibilizar um veículo exclusivamente para o transporte dos pacientes. Infelizmente, muitos têm encontrado dificuldade para a obtenção do transporte, apesar das investidas da equipe médica do hospital para conscientizar as autoridades municipais. Houve inúmeros relatos de pacientes que foram transportados em ambulância juntamente com outros doentes do mesmo município que se consultariam em hospitais da Capital. Além disso, foram identificados três pacientes que utilizaram o transporte público para não perderem as consultas agendadas.

Mesmo aqueles que conseguem acesso aos veículos individuais enfrentam dificuldades. Muitas vezes, no momento de retornarem para casa, os pacientes necessitavam aguardar a chegada do carro oriundo de seus municípios. Enquanto esperavam por horas, permaneciam na mesma área de passagem de outros pacientes que buscavam atendimento no hospital.

Tendo em vista o princípio de integralidade de atenção à saúde, é dever do município garantir o transporte em carro individual devido ao fato de o paciente estar imunossuprimido. Como isso não ocorre, esses pacientes necessitam contar com a boa vontade de conhecidos ou utilizar o transporte público, expondo-se ao risco de contrair enfermidades que podem complicar a recuperação do transplante.

Como no caso dos medicamentos, a falta de acesso ao transporte pode gerar elevação dos custos do tratamento. Expondo o paciente ao contato com diversas pessoas, existe o risco de ele contrair alguma doença. Com isso, ele terá que ser internado para recuperar-se ou o tempo da internação será maior no Hospital Dia.

Condições de habitação

O alo-TCTH é um procedimento de alta complexidade ficando restrito a hospitais localizados em apenas duas cidades no estado do Rio Grande do Sul, para pacientes que realizam o transplante por meio do serviço público. No estado de Santa Catarina, não existe nenhum hospital que realize o procedimento por esse meio. É inevitável que muitos pacientes necessitem alterar, temporariamente, seus locais de residência, uma vez que, após o transplante, necessitam retornar seguidamente ao hospital por cerca de seis meses após a alta.

O HCPA dispõe de uma casa de apoio para o abrigo de pacientes pediátricos oriundos de cidades de fora da grande Porto Alegre. Apesar de auxiliar na acomodação dessas crianças, esse local apresenta alguns riscos para os pacientes que realizaram alo-TCTH, já que nela ficam hospedados pacientes com diferentes enfermidades. Como essa casa possui cômodos de uso comunitário, esse contato existente entre as crianças e mesmo entre suas mães possibilita o aparecimento de surtos de doenças contagiosas.

Os pacientes adultos, não contam com um local para hospedagem, e como necessitam retornar frequentemente ao HCPA, recomenda-se que eles aluguem alguma residência próxima ao hospital. Porém, muitos não possuem condições financeiras para isso, assim, buscam acomodação na casa de amigos e parentes que residem em Porto Alegre ou Região Metropolitana.

A falta de acesso à moradia gera uma série de complicações. Como relatado anteriormente, quando o paciente não se encontra no próprio domicílio, ele não tem direito a retirar os medicamentos nas farmácias municipais. Nesse caso, pacientes que se hospedam em casas de amigos e parentes encontram dificuldade em obterem seus medicamentos.

8.4 Asma e Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica

As doenças pulmonares têm cada vez mais acometido indivíduos, independente de idade e sexo, conforme exposição a fatores de risco, genética familiar, clima, entre outros. A asma e a doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) estão entre as doenças pulmonares crônicas mais prevalentes, chegando a taxas de quase 20% em algumas regiões do mundo (GINA, 2014; BUIST et al., 2007; MENEZES et al., 2005a). Apesar de crônicas, são doenças que agudizam

frequentemente e, por vezes, necessitam de atendimento médico de urgência e internação hospitalar. A demanda gerada ao sistema de saúde só tem aumentado nos últimos anos, acarretando em impacto negativo nas contas públicas.

Asma

A asma é uma doença caracterizada por uma inflamação nas vias aéreas. É definida por seus sintomas respiratórios, tais como falta de ar, chiado, aperto no peito, tosse e limitação ao fluxo aéreo expiratório. A obstrução ao fluxo aéreo intrapulmonar pode ser variável e generalizada, reversível espontaneamente ou com auxílio de medicamentos, com possível ausência de manifestação por semanas ou meses. A variabilidade e intensidade de sintomas decorrem de alguns fatores como a prática de atividade física, exposição alérgica ou a produtos irritantes, mudança de temperatura e infecções (GINA, 2014; SBPT, 2012).

No Brasil, há uma estimativa de aproximadamente 20 milhões de asmáticos a partir de uma prevalência global de 10% (SBPT, 2012). Acomete qualquer idade, desde a infância até a velhice, sendo pelo menos 50% dos casos desenvolvidos nos primeiros anos de vida (FONTES et al., 2005). O risco de seguir apresentando asma na fase adulta aumenta com a gravidade da doença, presença de atopia, ser do sexo feminino e consumo de cigarro (SEARS et al., 2003).

Conforme dados do Ministério da Saúde, ocorreram 21.243 internações por asma de janeiro a março de 2014, com maiores taxas na região nordeste (46,8%) e prevalência do sexo feminino (52,2%).

As taxas de hospitalização no período de 2000 a 2010 reduziram 49% em adultos maiores de 20 anos. Em 2011, a asma chegou à quarta causa de internação no país, com mortalidade média de 1,52/100.000 entre 1998 e 2007 (SBPT, 2012). De 2008 até 2012 ocorreram mais de 10.000 mortes por asma (BRASIL, 2014).

Em estudo americano com dados de comunidade foi observado um gasto anual médio total de US\$ 4.912 por pessoa, com 65% dos gastos representados pelos custos diretos (consultas, medicamentos, hospitalizações etc.). Os custos aumentaram com a gravidade da doença (CISTERNAS et al., 2003). No Brasil, um estudo transversal mostrou que pacientes com asma não controlada geravam gastos maiores ao sistema de saúde do que aqueles controlados, US\$ 125,45 contra US\$ 15,58 por paciente durante seis meses, respectivamente, correspondente a internações e procura a emergências (SANTOS et al., 2007). Os custos com asma grave chegam a quase 25% da renda familiar de pacientes com baixa renda, porém a recomendação da Organização Mundial de Saúde expressa que não exceda 5% (SBPT, 2012).

Diagnóstico

Quando o paciente apresenta mais de um sintoma dos referidos antes, que se acentuam ou pioram à noite ou pela manhã cedo, com variações de frequência e intensidade, sendo desencadeados por fatores externos (compostos alergênicos, infecções etc.), há uma grande probabilidade de ser asma. A presença de sibilos é indicativa de obstrução ao fluxo aéreo, entretanto não é específica já que nem todo asmático apresenta. A partir da anamnese, deve ser solicitado um teste para a confirmação dos dados clínicos.

Pode ser realizada espirometria antes e depois do uso de broncodilatador, teste de broncoprovocação e medidas de pico de fluxo expiratório (SBPT, 2012; GINA, 2014).

A espirometria é um teste confirmador, que apresenta dois principais valores e sua relação: volume expiratório no primeiro segundo (VEF1) e capacidade vital forçada (CVF). O diagnóstico que mostra a limitação ao fluxo aéreo é caracterizado por valores reduzidos da razão VEF1/CVF. Valores normais para adultos se encontram acima de 0,75-0,80 e maior de 0,90 em crianças. A intensidade dessa limitação é estabelecida pela diminuição do valor de VEF1 em relação ao seu valor previsto. O asmático apresenta limitação ao fluxo aéreo e a reversibilidade desta é verificada pelo uso de broncodilatador de curta ação. Assim, o diagnóstico é feito quando há aumento de mais 200 mL e 12% do VEF1 após broncodilatador ou aumento de 200 mL e 7% do valor previsto antes do uso do broncodilatador (SBPT, 2012; GINA, 2014).

Entretanto, deve-se ter atenção, pois uma espirometria normal não exclui o diagnóstico de asma. Muitos indivíduos com asma controlada ou que apresentam episódios intermitentes podem demonstrar valores normais. Quando a clínica é indicativa e a espirometria for normal, deve-se repeti-la em alguns meses e/ou fazer outros exames para avaliar o tipo de tratamento necessário.

A broncoprovocação, diferente da espirometria, é um teste que consiste em expor o indivíduo a alguma substância broncoconstritora, como a metacolina, para avaliar a reação em exercício. Queda igual ou maior de 20% no valor do VEF1 basal indica positividade do teste. Possui alta sensibilidade e elevado valor preditivo negativo, indicando a ausência de asma em pessoas sintomáticas com teste negativo. Assim como todo teste, a positividade também pode ocorrer em outras doenças do aparelho respiratório, não se devendo olhar um resultado isoladamente (RUBIN et al., 2002; SBPT, 2012; GINA, 2014).

Já as medidas seriadas de pico de fluxo expiratório (PFE) auxiliam no diagnóstico de asma e na determinação de sua gravidade ao longo do tratamento. O PFE é definido como o maior fluxo obtido numa expiração forçada por meio de uma inspiração completa. O teste não é muito acurado, pois depende do esforço do paciente, variando de instrumento para instrumento. Normalmente

são realizadas medidas seriadas de PFE ao longo de duas semanas pela manhã e à noite, e a diferença dessas medidas é dividida pelo maior valor. Variações diurnas maiores de 20% são consideradas significativas (RODRIGUES et al., 2002; SBPT, 2012).

Objetivo terapêutico

O controle da asma é caracterizado por dois domínios: controle de limitações clínicas e redução de riscos. As limitações clínicas são observadas por meio de sintomas, necessidade de medicação de alívio, dificuldades para atividades físicas e limitação ao fluxo aéreo. A partir dessa avaliação, a asma pode ser classificada em controlada e parcialmente controlada (Quadro 3). Será classificada como não controlada quando três ou mais parâmetros estiverem parcialmente controlados.

Quadro 3 – Controle de Asma

| | Controlada | Parcialmente controlada |
|----------------------------|-------------------------------|--|
| Sintomas diurnos | Nenhum ou ≤ 2 por semana | 3 ou mais por semana |
| Limitação de atividades | Nenhuma | Qualquer |
| Sintomas/despertar noturno | Nenhuma | Qualquer |
| Medicação de alívio | Nenhum ou ≤ 2 por semana | 3 ou mais por semana |
| Função pulmonar | Normal | <80% do previsto ou do melhor valor previsto |

Fonte: SBPT (2012).

Para avaliação do controle deve-se observar o comportamento dos sintomas ao longo de quatro semanas passadas; identificar possíveis fatores de risco relacionados à exacerbações, limitação de fluxo aéreo ou efeitos adversos; medir a função pulmonar no momento do diagnóstico ou no início do tratamento, de 3 a 6 meses após o início do tratamento de manutenção e periodicamente. Assim será possível um retrato fiel da resposta do paciente frente a sua doença e terapia.

Entre os riscos futuros estão: instabilidade da doença, exacerbações (crises agudas), perda da função pulmonar e reações adversas aos medicamentos (SBPT, 2012; GINA, 2014). É de suma importância que o tratamento seja capaz de reduzir esses riscos a fim de que haja o controle completo. Certas comorbidades podem contribuir em sintomas, má qualidade de vida e baixo controle da asma e, por isso, devem ser acompanhadas. São elas: rinites, rinossinusites, refluxo gastroesofágico, apneia obstrutiva do sono, obesidade e ansiedade (GINA, 2014).

Tratamento (SBPT, 2012; GINA, 2014)

O tratamento de um paciente asmático consiste em educação sobre a doença, fatores de risco, cuidados ambientais e outras condições não farma-

cológicas. É importante que o paciente aprenda a reconhecer o que desencadeia as crises para evitar novos eventos. Crianças e certos idosos necessitam de auxílio de cuidador para conseguirem seguir o tratamento e todas as recomendações. Medidas de higiene e cuidados domiciliares são cruciais para criar um ambiente saudável e livre de alérgenos (TRINCA; BICUDO; PELICIONI, 2011). Algumas considerações podem ser instituídas, como limpeza periódica para retirada de poeira e ácaros; ambientes livres de tapetes e cortinas, arejados e ensolarados; brinquedos de fácil lavagem e sem pelúcias; contato minimizado com animais que soltam pelos, principalmente se for causa de crises alérgicas; uso de material de limpeza pouco agressivo e irritante; entre outros.

O tratamento farmacológico contempla três categorias e deve ser trabalhado com o paciente e seu cuidador, como segue:

- a) **Medicamentos de Controle** – utilizados para manutenção da doença. Têm como objetivo diminuir o processo inflamatório das vias aéreas, controlar sintomas, e reduzir exacerbações e perda de função pulmonar, assim como outros riscos futuros.
- b) **Medicamentos de Alívio (Resgate)** – utilizados conforme necessidade, por agravamento de sintomas, como exacerbações. Ou para uma prevenção em curto prazo, em caso de atividades que gerem broncoconstrição.
- c) **Medicamentos Adicionais para Asma Grave** – utilizados quando os pacientes não conseguem o controle da doença e a redução de sintomas mesmo com o uso de terapia usual em altas doses ou por mudanças em função de fatores de riscos.

Basicamente o tratamento consiste em broncodilatadores de curta ou longa ação e corticosteroides por via inalatória, a fim de reduzir efeitos adversos e promover ação local. A terapia é dividida em cinco etapas, visando ao monitoramento e controle. Em todas as etapas é crucial a educação do paciente, a verificação da adesão e o controle das condições ambientais que favoreçam sintomas.

Na primeira etapa, quando o indivíduo está assintomático, com função pulmonar normal e sem despertar noturno, opta-se pelo uso de medicamentos de alívio para sintomas de pouca frequência (duas ou menos vezes por semana). Os β_2 -agonistas de rápido início de ação (salbutamol, fenoterol, formoterol) são os de escolha, podendo-se utilizar anticolinérgicos inalatórios, β_2 -agonistas por via oral ou teofilina oral como alternativas, apesar de não apresentarem início de ação tão rápido e gerarem mais efeitos adversos.

Na segunda etapa, é adicionado ao medicamento de alívio um medicamento controle, como corticoide inalatório em doses baixas. É a primeira escolha por reduzir sintomas, risco de exacerbação, hospitalização e morte. Na etapa 3, opta-se por β_2 -agonista de longa ação associado a corticoide inalatório

em doses baixas para manutenção e um β 2-agonista de curta-ação para resgate. As alternativas são aumentar a dose de corticoide, associar antileucotrieno ao corticoide inalatório ou teofilina, nessa ordem. Já na quarta etapa, deve-se aumentar a dose de corticoide inalatório e mantê-lo associado ao β 2-agonista de longa ação. E na quinta, medicamentos adicionais são introduzidos, como os corticoides orais. A adição de anti-IgE pode ser uma alternativa. Deve-se observar os potenciais eventos adversos da terapia. Menores de cinco anos não devem receber β 2-agonista de longa-ação por serem desconhecidos em totalidade seus potenciais efeitos adversos.

Cada paciente só passa para a próxima etapa após ter sido verificado a adesão ao tratamento, técnica inalatória, exposição a substâncias alergênicas e comorbidades. A medicação de resgate estará sempre presente ao longo das etapas para o controle de sintomas, conforme a necessidade individual de cada asmático. Se o indivíduo chegar ao controle por três meses e estabilizar numa determinada etapa, os medicamentos podem ser reduzidos a fim de minimizar potenciais efeitos indesejados.

A técnica inalatória sempre deve ser verificada pela equipe, pois o paciente pode apresentar novas dificuldades ao longo da terapia, até pela própria condição de saúde agravada, ou pela variedade de dispositivos diferentes que há no mercado. E mesmo que a doença esteja controlada, a adesão ao tratamento de manutenção deve ser estimulada de forma contínua, promovendo o empoderamento para a realização do controle de sintomas e a diminuição de risco de exacerbações. Terapias adjuvantes como fisioterapia respiratória, atividade física, cessação do tabagismo e outros podem contribuir para evitar novas crises em casos mais crônicos.

Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica

Diferentemente da asma, a doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) é caracterizada pela presença de obstrução crônica do fluxo aéreo, que normalmente é progressiva e está associada a uma resposta inflamatória anormal dos pulmões à inalação de partículas ou gases tóxicos (BUIST et al., 2007; ATSOU; CHOUAID; HEJBLUM, 2011). A inflamação crônica pode gerar bronquite crônica, bronquiolite obstrutiva e enfisema pulmonar, além de alterações sistêmicas importantes (ATSOU; CHOUAID; HEJBLUM, 2011; JARDIM; OLIVEIRA; NASCIMENTO, 2004). O comprometimento varia de indivíduo para indivíduo, conforme os sintomas apresentados, e, embora não tenha cura, pode ser controlada e prevenida (ATSOU; CHOUAID; HEJBLUM, 2011; JARDIM; OLIVEIRA; NASCIMENTO, 2004; PESSÔA; PESSÔA, 2009). O número de exacerbações e as comorbidades contribuem na gravidade global doença individual (GOLD, 2014).

O tabagismo é uma das principais causas externas da DPOC (BUIST et al., 2007; ATSOU; CHOUAID; HEJBLUM, 2011). Outros fatores de risco também estão associados, como poeira ocupacional, produtos químicos, fumaça de lenha, infecções respiratórias graves na infância, condição socioeconômica e certos fatores individuais: deficiência de alfa-1 antitripsina, deficiência de glutatona transferase, alfa-1 antiqumotripsina, hiper-responsividade brônquica, desnutrição, prematuridade (JARDIM; OLIVEIRA; NASCIMENTO, 2004), idade avançada, etc. (BUIST et al., 2007; ATSOU; CHOUAID; HEJBLUM, 2011; JARDIM; OLIVEIRA; NASCIMENTO, 2004).

Tosse e dispneia são os sintomas mais comuns, ocorrendo diariamente ou de forma intermitente. A dispneia é um sintoma relacionado à incapacidade, diminuição de qualidade de vida e pior prognóstico. É progressiva com a evolução da doença, sendo, por vezes, percebida pelos pacientes somente numa fase mais tardia. A tosse é geralmente frequente para o indivíduo fumante, o que pode mascarar o indicativo de doença pulmonar. A tosse produtiva está presente em aproximadamente 50% dos fumantes (JARDIM; OLIVEIRA; NASCIMENTO, 2004) e estudos recentes demonstraram que a continuidade do tabagismo gera DPOC em até 50% dos fumantes com mais de 70 anos (PESSÔA; PESSÔA, 2009).

Um dos grandes problemas da DPOC são as exacerbações, caracterizadas por uma maior amplificação da resposta inflamatória nas vias respiratórias, podendo ser desencadeadas por infecções bacterianas ou virais, ou ainda por poluentes ambientais. Durante esse processo, há um aumento da hiperinsuflação pulmonar e obstrução aérea, com redução do fluxo expiratório, representando um aumento significativo na falta de ar (GOLD, 2014). Dependendo da intensidade, muitas vezes o paciente pode não resistir e vir a óbito.

A DPOC é uma importante causa de morbidade e mortalidade em todo mundo, sendo estimada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como a quinta causa de morte em 2001 e, possivelmente, se caracterizará como a terceira causa em 2020. Por ser uma doença crônica, gera impacto negativo na qualidade de vida dos indivíduos acometidos e muitos gastos ao sistema de saúde em função de internações hospitalares, medicamentos, exames, incapacitação de trabalho, entre outros.

É uma realidade cada vez mais presente na população, incidente em homens e mulheres adultas, principalmente após os 40 anos. Há poucos dados atuais sobre prevalência (HALBERT et al., 2006), porém, conforme dois grandes estudos multicêntricos, Bold (BUIST et al., 2007) e Platino (MENEZES et al., 2005a), está próxima de 10%, chegando a quase 20% em algumas localidades. Revisão sistemática recente de dados europeus mostrou dados semelhantes (ATSOU; CHOUAID; HEJBLUM, 2011). No Brasil, parece não ser diferente; dados de São Paulo revelaram prevalência de 8,4% entre indivíduos com 40-49 anos (MENEZES et al., 2005a).

No início dos anos 2000, tinha-se que 25% das hospitalizações por doenças respiratórias no Brasil eram devido à DPOC, sendo a primeira causa de morte entre essas doenças (MENEZES et al., 2005b). Conforme dados do Ministério da Saúde, de janeiro a março de 2014 houve 21.021 internações por doenças respiratórias crônicas do trato inferior, 62% correspondente ao sexo masculino e 84% em pacientes com 60 anos ou mais. As regiões Sul e Sudeste são as mais prevalentes, 31,9% e 35,6%, respectivamente. Dados de 2012 mostraram que a prevalência de fumantes atuais nessas regiões (próximo de 15%) eram maiores quando comparadas às demais (BRASIL, 2014), o que pode predizer associação, já que mais de 90% dos pacientes com DPOC foram ou são fumantes (JARDIM; OLIVEIRA; NASCIMENTO, 2004). Já a taxa de ex-fumantes (aproximadamente 21%) não variava nas regiões, conforme dados de 2012 (BRASIL, 2014).

A mortalidade por DPOC está estimada na faixa de 7,2 a 36,1 por 100.000 habitantes em países da Europa, sendo maior em homens do que em mulheres (ATSOU; CHOUID; HEJBLUM, 2011), apesar do aumento gradativo dessas taxas em mulheres e adolescentes conforme a elevação da prevalência do fumo nesses grupos (PESSÔA; PESSÔA, 2009). A mortalidade estimada em pacientes internados é maior, em torno de 25%, e é ainda mais alta em pacientes com comorbidades e maior número de exacerbações (ATSOU; CHOUID; HEJBLUM, 2011). No Brasil, do número total de óbitos por doença crônica das vias respiratórias inferiores (n= 161.314) de 2008 a 2012, 80% ocorreram em ambiente hospitalar e 58% corresponderam ao sexo masculino (BRASIL, 2014).

Os custos diretos da DPOC estão relacionados com o diagnóstico e manejo. Já os indiretos são decorrentes das incapacidades acarretadas pela doença, falta ao trabalho, mortalidade prematura, necessidade de cuidador etc. Uma coorte israelense que comparou o custo médio anual dos cuidados de saúde entre pacientes com (n= 389) e sem (n= 1167) DPOC mostrou que aqueles com DPOC apresentaram um gasto médio de R\$ 4.500,00, valor três vezes maior do que o grupo controle ($p < 0,001$). A diferença é explicada pelo maior número de internações, utilização de medicamentos e testes diagnósticos, principalmente (SIMON-TUVAL et al., 2011). Na União Europeia, os custos diretos com doenças respiratórias no início da década passada foram estimados em 6% do orçamento total de cuidados em saúde, sendo 56% representados pela DPOC (38,6 bilhões de euros). Nos Estados Unidos em 2002, os custos diretos com a DPOC foram de US\$18 bilhões e os indiretos, US\$ 14 bilhões (GOLD, 2010). No Brasil, dados de 2003-2004 demonstraram que aproximadamente 10.000 pessoas receberam benefícios temporários de seguridade social devido ao afastamento do trabalho por doenças crônicas da via aérea inferior. A média da duração mínima dos benefícios foi de nove meses, com custo médio de R\$ 5.500,00 por benefício (ILDEFONSO; BARBOSA-BRANCO; ALBUQUERQUE-OLIVEIRA, 2009).

Diagnóstico

Para controlar a progressão da doença e todos os males causados pela limitação física, é fundamental que o diagnóstico seja precoce e o tratamento logo seja otimizado. Assim como na asma, o diagnóstico deve ser realizado a partir de avaliação e histórico clínico do paciente, com confirmação por meio de outros exames como raio X e espirometria (CAMPOS, 2004; JARDIM; OLIVEIRA; NASCIMENTO, 2004).

O diagnóstico clínico deve ser considerado em qualquer paciente com falta de ar, tosse crônica ou produção de escarro, e com exposição aos fatores de risco que desenvolvem a doença. A espirometria é o padrão ouro para diagnóstico da DPOC pela capacidade de expressar de forma objetiva e acurada a limitação ao fluxo aéreo. A relação VEF1/CVF inferior a 0,70 após broncodilatador confirma a presença persistente de limitação ao fluxo aéreo não totalmente reversível, indicando a DPOC. Entretanto, diferentemente da asma, esta limitação não apresenta reversão após uso de broncodilatador e, por isso, a avaliação por meio de valores de VEF1 antes e depois da administração do medicamento não é recomendada. As medidas de PFE avaliadas isoladamente não são seguras como teste diagnóstico único, por ser um teste pouco específico, apesar da alta sensibilidade (GOLD, 2014).

Muitos pacientes podem apresentar asma e DPOC concomitantemente, com taxas que variam de 15 a 55%, dependendo do critério utilizado (GOLD, 2014). É difícil caracterizar este grupo de pacientes na clínica, principalmente os mais velhos fumantes ou ex-fumantes, já que é possível que uma se sobreponha a outra. É fundamental que seja conhecido o histórico da pessoa e a avaliação do surgimento de DPOC em pacientes asmáticos, pois os desfechos clínicos tendem a ser piores (GINA, 2014).

Objetivo Terapêutico

Os principais objetivos em relação à doença e tratamento são determinar a gravidade, o impacto no dia a dia do paciente e o risco de novos eventos (exacerbações, internações, morte). Para se determinar esses objetivos, se faz necessário conhecer separadamente cada ponto: nível de sintomas atuais, gravidade da espirometria, risco de exacerbação e presença de comorbidades (GOLD, 2014). Dessa forma, conforme proposto pela diretriz da Global Initiative for Chronic Obstructive Pulmonary Disease (GOLD) desde 2011, se obtêm dados completos para uma tomada de decisão racional.

Assim, para a averiguação dos sintomas, utilizam-se dois tipos de questionários validados na prática clínica: o *Modified British Medical Research Council* (mMRC), para avaliação de dispneia; e *COPD Assessment Test* (CAT) ou *COPD Control Questionnaire* (CCQ), para avaliação do controle clínico dos sintomas (CAT ≥ 10 pontos indica alto nível de sintomas).

A gravidade da DPOC é observada pelos dados encontrados na espirometria, baseado no valor de VEF1 após broncodilatador. A categorização está expressa no Quadro 4.

Quadro 4 – Gravidade da DPOC conforme espirometria para VEF1/CVF inferior a 0,70 após broncodilatador

| | | |
|--------|-------------|-----------------------------------|
| Gold 1 | Leve | VEF1 \geq 80% do previsto |
| Gold 2 | Moderado | 50% \leq VEF1 < 80% do previsto |
| Gold 3 | Grave | 30% \leq VEF1 < 50% do previsto |
| Gold 4 | Muito grave | VEF1 < 30% do previsto |

Fonte: Gold (2014).

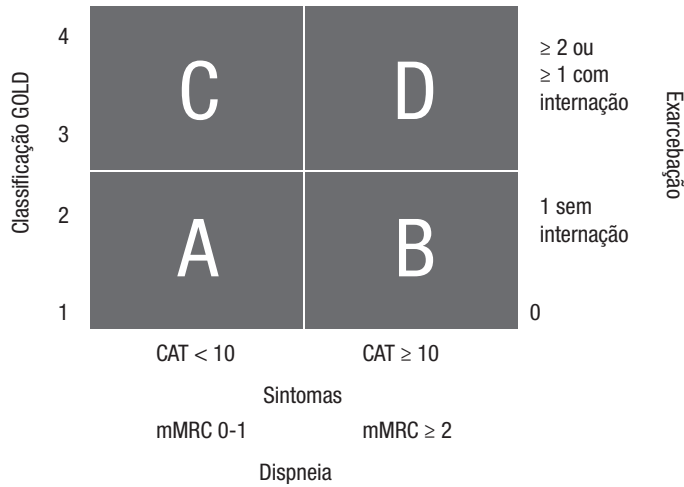
O risco de exacerbações é avaliado conforme a evolução clínica do paciente. As exacerbações em DPOC são definidas como evento agudo devido à piora dos sintomas respiratórios, que vão além das variações normais do dia a dia, e que acarretam numa mudança dos medicamentos em uso. Se o paciente apresenta duas ou mais exacerbações por ano, já pode ser considerado um exacerbador frequente (GOLD, 2014). Uma pior limitação do fluxo aéreo está associada a uma maior prevalência de exacerbações e risco de morte. E também a internação hospitalar por exacerbação está associada ao pior prognóstico, com aumento do risco de morte (SOLER-CATALUÑA et al., 2005). Por isso há relevância na verificação da frequência de exacerbações por ano que cada um apresenta.

Além disso, boa parte dos pacientes apresentam comorbidades que estão relacionadas com o tabagismo, pela própria idade avançada, ou até mesmo pela DPOC. As mais comuns são: doenças cardiovasculares, disfunção músculo-esquelética, síndrome metabólica, depressão, osteoporose e neoplasia pulmonar. Cada comorbidade deve ser diagnosticada e tratada individualmente, considerando-se a pessoa como um todo, já que quando há descompensação de uma doença, pode haver a descompensação das demais ou gerar problemas clínicos em cadeia.

A avaliação combinada desses fatores é a proposta do Gold e está demonstrada na Figura 1, na qual observa-se a relação mais sintomas do lado direito e maior risco na parte superior do quadro. Para avaliação dos sintomas deve-se optar por uma das escalas para que não haja confusão. Em caso de não conseguir aplicar o CAT, opta-se pelo mMRC (GOLD, 2014).

Para exemplificar, um paciente caracterizado como Grupo A apresenta baixo risco, por ter critério de gravidade GOLD 1 ou 2 (limitação ao fluxo aéreo leve a moderada) e \leq 1 exacerbação por ano sem internações prévias por esse motivo; além de poucos sintomas (CAT<10 ou mMRC 0-1). Um paciente do Grupo B, apesar do baixo risco, apresenta muitos sintomas; já um paciente do Grupo C tem menos sintomas, porém maior risco. O Grupo D é o mais crítico.

Figura 1 – Avaliação da DPOC utilizando fatores de risco e sintomas



Fonte: Gold (2014).

Tratamento

Sabe-se que a redução do hábito tabágico, medidas educativas, diagnóstico precoce e tratamento adequado são fatores essenciais na diminuição da prevalência, morbidade e mortalidade da DPOC (PESSÔA; PESSÔA, 2009). Assim como na asma, o manejo da DPOC estável consiste em educação do paciente, tratamento farmacológico e não farmacológico. A educação é um elemento essencial do cuidado para qualquer doença crônica, trazendo bom impacto para o tratamento da doença pelo próprio paciente, familiares e cuidador. Revisão sistemática que avaliou contextos, métodos e eficácia dos programas de educação em autocuidado para pacientes com DPOC observou que, apesar da heterogeneidade dos estudos controlados (aleatórios ou não), houve uma redução significativa da probabilidade de pelo menos uma internação naqueles que receberam intervenção *versus* atendimento habitual (OR 0,64; IC95% 0,47-0,89). O NNT (número necessário a tratar) foi igual a 10 em um ano, em pacientes com um risco de 51% de exacerbação. Não foram encontrados efeitos significativos no número de exacerbações, nas visitas aos serviços de emergência, na função pulmonar, na capacidade para prática de exercícios e nos dias de ausência ao trabalho (EFFING et al., 2007).

Um ensaio clínico randomizado (BOURBEAU et al., 2003), que avaliou um programa de educação continuada para pacientes internados com DPOC por uma equipe multiprofissional *versus* cuidado habitual, determinou o impacto no número de internações hospitalares e na qualidade de vida. A intervenção foi realizada

por meio de visitas hospitalares por uma equipe previamente treinada, sendo procedidas por ligações telefônicas mensais até completar um ano. Observou-se uma redução de 40% em admissões hospitalares por exacerbação de DPOC no grupo intervenção *versus* controle ($p= 0,01$), com redução de 57% nas internações devido a outros problemas de saúde ($p= 0,01$). Houve também redução de 40% nas visitas ao setor de emergência hospitalar ($p= 0,02$) e diminuição de 59% às consultas médicas ($p= 0,003$). Observou-se melhora na qualidade de vida desses pacientes, avaliada pelo Saint George's Respiratory Questionnaire (SGRQ).

A terapia farmacológica é usada para prevenção e controle de sintomas, redução da frequência e gravidade das exacerbações, visando melhoria geral do estado de saúde e aumento da qualidade de vida. Os broncodilatadores são medicamentos centrais para o manejo de sintomas, preferindo-se a terapia inalada pela resposta rápida e menor incidência de efeitos adversos. Combinações com outras classes farmacológicas podem melhorar a eficácia e diminuir as reações adversas quando comparadas ao aumento de dose de um único broncodilatador (GOLD, 2014; JARDIM; OLIVEIRA; NASCIMENTO, 2006).

O uso de corticoides inalados é restringido a pacientes com VEF1 < 50% do previsto e exacerbações repetidas (ex. três nos últimos três anos), já que não reduzem a taxa global de mortalidade e aumentam a chance de pneumonias. A combinação com β_2 -agonistas de longa ação tem se mostrado mais efetiva. Entretanto, o uso de corticosteroides por via oral a longo prazo não é recomendado (GOLD, 2014; JARDIM; OLIVEIRA; NASCIMENTO, 2006). O uso de vacinas contra o vírus Influenza diminui o surgimento de complicações e a mortalidade em pacientes com DPOC em 50%. A vacina pneumocócica polissacarídea é recomendada para pacientes maiores de 65 anos, mostrando reduzir taxas de pneumonia comunitária em indivíduos maiores de 65 anos com VEF1 < 40% do previsto (GOLD, 2014).

A terapia não farmacológica está baseada na reabilitação do paciente, no uso de oxigênio e intervenções cirúrgicas. O objetivo da reabilitação pulmonar, que deve ser de no mínimo seis meses, é diminuir sintomas, melhorar a qualidade de vida e aumentar a participação em todas as atividades diárias, que acabam limitadas em função da doença. A oxigenoterapia em longo prazo é utilizada no último estágio da DPOC, em determinadas condições, gerando impacto na sobrevivência. Intervenções cirúrgicas, como transplantes, podem ser uma última opção de tratamento para os casos terminais (GOLD, 2014).

Terapia inalatória

A terapia inalatória é a de escolha para o tratamento agudo e crônico de pacientes com asma e DPOC, devendo ser um processo supervisionado e contínuo (SOUZA et al., 2009). Existem vários tipos de dispositivos e a indústria farmacêutica busca aprimorar e facilitar o uso pelo paciente, porém nem sempre

esse objetivo é atingido. Boa parte dos indivíduos acometidos são crianças e idosos que, em função das limitações da idade, apresentam certas dificuldades para conduzirem a técnica inalatória corretamente.

As vantagens em se utilizar a via inalatória definem-se em três pontos primordiais: (1) rápido efeito farmacológico, interessante principalmente para o tratamento das crises; (2) efeito terapêutico pleno com doses mais baixas; (3) poucos efeitos adversos, trazendo segurança ao tratamento escolhido (SOUZA, 1998; PEREIRA, 1998). Já as falhas podem ocorrer em função do tipo de dispositivos, do tipo de fármaco utilizado (diâmetro, densidade, carga eletrostática etc.), modo de inalação (coordenação, volume inspiratório, duração da pausa pós-inspiratória etc.) e potência das vias aéreas do paciente (PEREIRA, 1998).

Há três tipos principais de dispositivos: aerossóis dosimetrados, inaladores de pó seco e nebulizadores de jato ou ultrassônicos.

Aerossóis dosimetrados

Os aerossóis são popularmente conhecidos como “bombinhas” ou também *spray*, inalador ou nebulímetro (Figura 2). São os mais utilizados, principalmente para o tratamento de resgate. Nele, o fármaco ativo está misturado com propelente (hidrofluoralcano – HFA), surfactante e lubrificante sob alta pressão. Após agitação, a solução entra na câmara doseadora até ser liberada para inalação. A deposição pulmonar média varia de 6-60% da dose nominal (SBPT, 2012).

Figura 2 – Nebulímetro



Fonte: Arquivo dos autores.

Existe um passo a passo que deve ser seguido para garantir o uso correto e a efetividade do tratamento (Quadro 5). As vantagens desse tipo de dispositivo estão em ser compacto, portátil e com multidoses, barato, disponível para a maioria dos fármacos, além de não causar dano à camada de ozônio. A presença de contador de doses permite o controle de fármaco restante, mas não está disponível em todos os nebulímetros (SBPT, 2012; PEREIRA, 1998). É necessário ter coordenação entre disparo e inalação, o que pode ser uma grande desvantagem para aqueles com dificuldades motoras e cognitivas.

Quadro 5 – Técnica inalatória dos nebulímetros

| |
|---|
| 1) Retirar a tampa do bocal. |
| 2) Agitar o dispositivo. |
| 3) Posicionar verticalmente, com o bocal a uma distância de 3-5 cm da boca (dentro da boca não é erro, mas pode diminuir a deposição pulmonar). |
| 4) Fazer uma expiração para retirar o ar dos pulmões. |
| 5) Em seguida, com a boca aberta, acionar o dispositivo e fazer uma inspiração lenta e profunda ao mesmo tempo do disparo. |
| 6) Realizar uma pausa inspiratória de, no mínimo, 10 segundos. Após, respirar normalmente. |
| 7) Repetir a técnica para cada jato necessário. |
| 8) Enxaguar a boca após uso de corticoide. |

Fonte: Elaborado pelos autores.

Os erros mais comuns são o esquecimento da expiração antes do acionamento, fazer a inspiração lenta e profunda concomitante com o acionamento do jato e a pausa de mais de 10 segundos, principalmente se o paciente está em situação de crise de dispneia (SOUZA et al., 2009; MELANI, 2007). Também há um certo desconhecimento sobre o enxágue bucal após o uso de corticoides em função da deposição orofaríngea contribuir para o surgimento de candidíase, pigarro e tosse. Muitos lavam a boca e engolem a água, ingerindo o medicamento. O enxague deve ser feito com um gargarejo e descarte.

Para facilitar o uso dos aerossóis pode-se acoplar espaçadores, que são recipientes de volume (90-800 mL) e formato (cone, cilíndrico, etc.) variados, feitos principalmente de plástico. Podem apresentar válvula, evitando que o paciente expire no espaçador, devolvendo o gás carbônico para o local onde está o medicamento (PEREIRA, 1998). A técnica de uso está exposta no Quadro 6. O uso de máscaras faciais acopladas no bocal do espaçador permite a respiração normal em fluxo corrente, ideal para crianças e idosos. Só deve-se ter o cuidado de ser confortável e adaptada à face para não permitir escape do medicamento (SOUZA, 1998; SBPT, 2012).

Quadro 6 – Técnica inalatória dos nebulímetros com espaçadores

| |
|--|
| 1) Retirar a tampa do bocal do nebulímetro e agitar. |
| 2) Acoplar ao espaçador e posicionar a saída do bocal verticalmente. |
| 3) Fazer expiração para retirar o ar dos pulmões e encaixar o bocal do espaçador na boca. |
| 4) Em seguida, acionar o dispositivo e fazer uma inspiração pela boca de forma lenta e profunda logo após o disparo. |
| 5) Realizar pausa inspiratória de, no mínimo, 10 segundos. Após, respirar normalmente. |
| 6) Repetir a técnica para cada jato necessário. |
| 7) Pode-se inspirar pela boca e expirar pelo nariz por cinco vezes para cada jato, sem necessitar de pausa inspiratória, facilitando o uso para idosos, crianças e, também, em momentos de crises. |

Fonte: Elaborado pelos autores.

Esses tipos de medicamentos são práticos, aumentam a deposição pulmonar e eliminam a dificuldade de coordenação de disparo/inspiração dos aerossóis, facilitando o uso no momento das crises respiratórias, além de reduzir os efeitos adversos pela deposição de fármaco na orofaringe (LABIRIS; DOLOVICH, 2003). A grande desvantagem está no tamanho do espaçador, que pode dificultar o transporte, diminuindo o uso contínuo por aqueles que não gostam de carregar.

É possível fazer espaçador artesanal e caseiro (Figura 3), utilizando garrafas pet de 500-600 mL, reduzindo o custo de compra. Já sabe-se que os de 500 mL são tão eficientes quanto os industrializados para o tratamento de crise de asma moderada em pronto-socorro (DUARTE; CAMARGOS, 2002).

Figura 3 – Espaçador artesanal acoplado ao nebulímetro



Fonte: Arquivo dos autores.

A limpeza deve ser realizada periodicamente, controlando a carga eletrostática que pode diminuir a deposição pulmonar do medicamento. Um estudo avaliou que espaçadores lavados com detergentes caseiros apresentam menor carga eletrostática, com deposição pulmonar quatro vezes maior quando comparados com espaçadores sem este cuidado (PIÉRART et al., 1999). Para criar um filme antiestático, deve-se lavar com água e detergente neutro (2 gotas para cada litro de água), deixando de molho por meia hora e secando ao ar livre sem enxaguar com água corrente (SBPT, 2012).

Inaladores de pó seco

Esse tipo de dispositivo foi lançado no mercado com a finalidade de auxiliar o paciente na técnica inalatória. São mais práticos e fáceis de manejar por depender diretamente do fluxo inspiratório do usuário. Existem diversos tipos, formatos e modo de uso, com conseqüente diferença na preparação de cada dose e deposição pulmonar. O(s) fármaco(s) está(ão) na forma de pó seco, sendo carregado(s) por excipiente inerte, como a lactose (SOUZA, 1998; LABIRIS; DOLOVICH, 2003).

Para que o dispositivo seja utilizado de forma correta e o medicamento faça seu efeito é crucial que o paciente seja capaz de gerar fluxo inspiratório mínimo de 30 L/min. Muitos, em função da gravidade da doença, já não são mais capazes e a terapêutica deve ser modificada para evitar falhas. Crianças

menores de seis anos e certos adultos em crise podem ter dificuldades e não obter total efetividade do inalador em pó. Existem outros tipos de inaladores mais eficientes, com fluxo de 60 – 120 L/min, nos quais a capacidade exigida ao paciente é ainda maior (PEREIRA, 1998; SBPT, 2012).

Alguns dispositivos apresentam doses múltipla ou única. Na dose única (Aerolizer®, Handihaler®), o medicamento está em cápsula, que deve ser inserida no dispositivo, perfurada manualmente antes da inspiração (Quadro 7). É importante conferir ao final da técnica se todo o conteúdo da cápsula foi inspirado, caso não, a técnica deve ser repetida. As cápsulas normalmente são transparentes, o que permite essa visualização pelo usuário. Se o indivíduo precisar repetir a técnica várias vezes para conseguir inspirar todo o conteúdo, isso já fornece indícios de que sua capacidade de fluxo está comprometida e o médico deve ser avisado. Em dispositivos de dose múltipla (Turbuhaler®, Pulvinal®, Diskus®, Respimat®), temos as doses misturadas em um reservatório, sendo liberadas conforme cada aplicação. Os medicamentos disponíveis no Brasil, em cada tipo de dispositivo, está demonstrado no Quadro 8.

O uso de cada tipo de dispositivo está disponibilizado por meio de vídeos em páginas na internet da indústria farmacêutica produtora, órgãos de saúde e/ou instituições de ensino, de fácil acesso e gratuito. O Instituto do Coração, vinculado à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, disponibiliza uma série de vídeos educativos em própria página, na qual são demonstrados a maioria dos dispositivos utilizados por pacientes com doença respiratória, tanto nebulímetros quanto dispositivos de pó seco (<<http://www.incor.usp.br>>). Algumas instituições produzem folders educativos para orientação de pacientes e em cada bula do medicamento há figuras com instruções de uso.

Os erros mais comuns da técnica estão relacionados ao: esquecimento de realizar a expiração antes de inspirar o medicamento e/ou expirar dentro do dispositivo após o preparo da dose (aumento da umidade); preparo inadequado da dose e falha na inspiração rápida e profunda (MELANI, 2007). Diante disso, é fundamental que os pacientes sejam acompanhados e a técnica revisada continuamente. Muitos profissionais de saúde também demonstram dúvidas e falhas no uso da maioria dos dispositivos, o que indica que a técnica inalatória deve ser revisada por todos, para cada tipo de dispositivo (MELANI, 2007; MUCHÃO et al., 2008; MUNIZ; PADOVANI; GODOY, 2003; STELMACH et al., 2007).

Quadro 7 – Técnica Inalatória do Aerolizer®

| |
|---|
| 1) Retirar a tampa do dispositivo. |
| 2) Girar o bocal no sentido anti-horário para abrir o compartimento da cápsula. |
| 3) Retirar a cápsula do blister e colocar no compartimento indicado. |
| 4) Girar o bocal no sentido horário para fechar o compartimento. |

| |
|---|
| 5) Pressionar os botões laterais do dispositivo para perfurar a cápsula. É possível ouvir o som. Pode-se pressionar mais de uma vez para garantir a perfuração. |
| 6) Expirar para retirar o ar dos pulmões. |
| 7) Em seguida, colocar a boca no bocal, fechando com os lábios. |
| 8) Inspirar pela boca o mais rápido e profundo possível. |
| 9) Retirar a boca do dispositivo e fazer uma pausa inspiratória de no mínimo 10 segundos, após respirar normalmente. |
| 10) Abrir o compartimento e verificar se há pó na cápsula. Em caso positivo, repetir a técnica. |
| 11) Repetir a técnica para cada cápsula (dose) a ser utilizada. |
| 12) Enxaguar a boca após o uso de corticoide. |

Fonte: Elaborado pelos autores.

Quadro 8 – Medicamentos disponíveis em inaladores de pó seco no Brasil

| Inalador de pó seco | Fármacos disponíveis |
|---------------------|---|
| Aerolizer® | Beclometasona, budesonida, formoterol, fluticasona, mometasona, budesonida+formoterol |
| Handihaler® | Tiotrópio |
| Turbuhaler® | Budesonida, formoterol, terbutalina, budesonida+formoterol |
| Pulvinal® | Salbutamol, beclometasona |
| Diskus® | Fluticasona, salmeterol, fluticasona+salmeterol |
| Respimat® | Tiotrópio |

Fonte: Elaborado pelos autores.

Nebulizadores de jato ou ultrassônicos

Os nebulizadores são aparelhos muito utilizados para auxiliar na farmacoterapia dos pacientes com asma e DPOC. Os pacientes gostam muito de usar pois é de fácil compreensão e traz um alívio aos sintomas. Os nebulizadores de jato ou convencionais são simples atomizadores de partículas. Utilizam jato de oxigênio ou ar comprimido para produzir a dispersão do líquido em pequenas partículas e, assim, permitir a inspiração dos fármacos diluídos. Apresentam grande perda dos fármacos em função do seu débito constante durante a inspiração e expiração. Alguns apresentam válvula na máscara que se abrem apenas na inspiração, aumentando a quantidade de fármaco nebulizado, porém tem a desvantagem de depender do fluxo inspiratório do indivíduo. Precisam de manutenção e limpeza periódica para evitar contaminação microbiológica e perda de eficácia. São indicados para o tratamento de crises, durante a internação hospitalar e em setor de emergência (PEREIRA, 1998).

Nos nebulizadores ultrassônicos a energia gerada ocorre por meio de vibração de um cristal piezoeletrico, sendo transmitida à superfície da solução do medicamento com geração de gotículas, liberadas como aerossóis. Geram

aerossóis com maior diâmetro, apresentam maior deposição de fármaco na orofaringe e tosse, além de maior custo. Apesar de serem silenciosos e pequenos, não nebulizam de forma eficiente as suspensões (corticoide, antibióticos etc.). A principal indicação deste tipo de nebulizador está na fisioterapia respiratória a fim de aumentar a expectoração (PEREIRA, 1998; SBPT, 2012).

Serviços farmacêuticos

Desde julho de 2011 foi iniciado um ensaio clínico randomizado aberto para avaliar o seguimento farmacoterapêutico em pacientes internados no HCPA por exacerbação de DPOC. O profissional farmacêutico treinado tem acompanhado o paciente ao longo da internação, com visitas periódicas, aplicando o método de Seguimento Farmacoterapêutico do GPDAF (Anexo I) adaptado para a internação hospitalar. Após a alta, o acompanhamento é realizado por telefone ao longo de seis meses. O grupo controle recebe o atendimento usual da equipe multiprofissional. O estudo segue em andamento.

Conforme o passo a passo da metodologia do seguimento farmacoterapêutico (Anexo I), os pacientes são abordados e uma primeira conversa se inicia à beira do leito. Como as pessoas chegam exacerbadas ao hospital público, a porta de entrada normalmente é a emergência para que haja a compensação do seu quadro respiratório. Nesse momento, é muito difícil realizar a metodologia, tanto pelo ambiente atribulado das emergências do país, quanto pelo próprio estado do paciente, incapaz, muitas vezes, de falar. Para esse tipo de setor de atendimento deve ser realizada outra abordagem clínica farmacêutica, mais objetiva, com menor interação com o paciente, a fim de auxiliar na farmacoterapia e na condição clínica.

Após a compensação do estado de saúde, havendo a necessidade de internação, a equipe aguarda leito disponível para que o paciente possa ser internado em um serviço especializado (pneumologia, medicina interna etc.). Com a internação, o farmacêutico consegue acompanhar o indivíduo ao longo desse processo. Primeiramente procede-se a coleta de informações pessoais e dados sociodemográficos. São identificadas as condições de vida do paciente, os medicamentos de uso contínuo e esporádico, as limitações diárias e hábitos. Num segundo momento, depois de estudo do caso, o farmacêutico dialoga e orienta sobre os medicamentos utilizados durante a hospitalização, as mudanças na terapia anteriormente utilizada em casa e possíveis alterações no retorno após alta. As intervenções clínicas da equipe são acompanhadas em conjunto com a evolução clínica do paciente. Orientações e educação sobre tratamento, técnica inalatória e doença são realizados conforme necessidade de cada pessoa, respeitando suas limitações e entendimento. Algumas vezes, as orientações são dadas diretamente ao cuidador.

Na alta, todas as informações sobre a nova receita, posologia e marcações de consultas são repassadas depois da visita médica, para averiguar o que o indivíduo realmente compreendeu e o que deve ser reforçado. Alguns pacientes necessitam de material escrito com o cronograma de horários, quantidades de comprimidos e turno de tomada de cada medicamento prescrito, uma vez que a prescrição é de alta complexidade devido a polifarmácia.

Se não for possível fazer as orientações na alta do paciente pela demanda de trabalho do farmacêutico, elas podem ser realizadas por telefone. O acesso aos medicamentos também é avaliado, pois, em muitos casos, alguns medicamentos prescritos não estão disponíveis na rede básica e precisam ser adquiridos. O importante é garantir que o paciente siga com a farmacoterapia, a fim de se evitar uma reinternação em poucos dias.

As ligações telefônicas são realizadas conforme as demandas observadas em cada conversa com o paciente, conforme plano de cuidado e intervenções prévias. É de suma importância reavaliar cada caso, repetir informações já fornecidas e verificar a técnica inalatória periodicamente.

Acesso ao medicamento

Pacientes com asma e DPOC encontram problemas de acesso à farmacoterapia. Na asma, há casos de doença aguda ou no período da infância que não se prolongam ao longo da vida. Porém em casos crônicos, como na DPOC, o uso de medicamentos é contínuo e para a vida toda. Os medicamentos de manutenção normalmente são associações de corticoide e broncodilatadores de longa ação por via inalatória. Essas associações são encontradas no mercado na forma de dispositivos de pó seco. Há *spray*, mas a maioria dos prescritores optam por pó seco em função da posologia das doses.

Um Aerolizer® com associação de formoterol+budesonida 12/400 mcg com inalador, por exemplo, custa em média R\$ 80,00 por mês (<<http://consultaremedios.com.br>>). Até 2010, não havia a inclusão deste na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename), conseqüentemente não havia disponibilidade nas farmácias públicas municipais e estaduais, o que gerava uma grande demanda judicial de pacientes com DPOC, por ser um tratamento de manutenção e de alto custo. Grande parte dos indivíduos acometidos é idoso, aposentado e/ou com renda de um salário mínimo, incapacitado de comprar um único medicamento que onera em torno de 10% de sua renda mensal. Entretanto, em junho de 2013, por meio da Portaria n. 609, foi aprovado o novo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde para DPOC e a associação formoterol+budesonida foi incluída em medicamentos fornecidos pelo governo, facilitando o acesso e garantindo a adesão de muitos pacientes. Nessa lista também foram incluídos formoterol cápsula inalante, salmeterol e fenoterol *sprays*.

Em 2011, o Ministério da Saúde lançou a campanha “Saúde Não Tem Preço” com o Programa “Aqui Tem Farmácia Popular” (<<http://www.portalsaude.saude.gov.br>>), disponibilizando gratuitamente três medicamentos para o tratamento da asma em oito apresentações diferentes. São eles: brometo de ipratrópio, dipropionato de beclometasona e sulfato de salbutamol. Todas as drogarias credenciadas ao programa fornecem, desde então, estes medicamentos por meio de receita médica, seja ela de origem pública ou privada. Mas vale salientar que o próprio paciente deve retirar o medicamento. Em caso de impossibilidade, é possível que outra pessoa retire por meio de procuração.

Esta possibilidade de acesso gratuito por meio das drogarias também foi um grande avanço para pacientes com doenças respiratórias, já que estes medicamentos não são utilizados somente para asma. Porém, a exigência de que só o paciente, pessoalmente pode retirar o medicamento, inviabiliza o acesso para muitos, uma vez que grande parte é idosa, com dificuldades de locomoção em função da limitação física gerada pela idade e/ou pela própria doença. Há casos em que o paciente necessita do medicamento durante a internação e não há como retirar pessoalmente. A procuração dada a um cuidador precisa de autenticação em cartório civil, o que acarreta essas mesmas barreiras. Além disso, ainda há muitos prescritores que desconhecem a existência desses medicamentos pelo programa em todas as apresentações disponíveis, falhando nas orientações. O paciente acaba não utilizando por não ter condições de comprar todo o tratamento, optando por aqueles que consegue pelo posto de saúde e/ou que pode adquirir.

Já boa parte dos medicamentos de resgate, como salbutamol e ipratrópio *spray*, além das soluções para nebulização, eram mais facilmente encontrados nas listas municipais por fazerem parte da Rename há mais tempo.

Outras barreiras

Muitos pacientes que precisam de acompanhamento de um especialista, como pneumologista, necessitam se deslocar até a cidade mais próxima que ofereça o atendimento, em caso de não existência do serviço em seu município de origem. Pacientes com asma e DPOC grave, muitas vezes, não têm condições de caminhar mais de 100 metros sozinho, pela limitação da doença, ficando dependentes de um meio de transporte que os auxilie nesse processo. Há casos em que a pessoa não consegue ir sozinha a uma consulta no próprio município, dependendo de alguém que a acompanhe. A realidade dos idosos no Brasil é conhecida e sabemos que há poucas pessoas que se dispõem a ser um cuidador. Há relatos de pacientes com DPOC grave, acompanhados no HCPA, que não conseguem estar nas consultas médicas de seguimento porque não tem como ir pela falta de apoio a essa indicação. Filhos e familiares, que trabalham ou

que têm vida pessoal, não conseguem acompanhá-los. Quando o paciente tem vizinhos parceiros, são estes que ajudam e levam às consultas. Ou, quando há possibilidade financeira, custeiam um acompanhante para este serviço. Inclusive houve relatos de pacientes que ficavam sem comer durante todo o dia por não ter quem fizesse a alimentação, impedia, em função da dispneia, de ir à cozinha preparar algo.

Os problemas sociais são uma das causas mais prevalentes de PRM e, conseqüentemente, de não adesão à terapia farmacológica e não farmacológica. A falta de apoio da família ou relacionamentos familiares desgastados geram grandes dificuldades ao indivíduo, já que a doença crônica o deixa cada vez mais dependente quanto mais grave ela se torna. Isso implica até mesmo na retirada de seus medicamentos, pois se alguém não for buscar, não há tratamento. Por outro lado, as redes de apoio do sistema de saúde são quase inexistentes.

Conflitos familiares e solidão geram comorbidades como a depressão e ansiedade, que agravam ainda mais o prognóstico e aumentam crises. O paciente perde a vontade de viver pela perda da sua independência e desiste, algumas vezes, de querer se tratar, pois o tratamento alivia sintomas mas não muda a condição pulmonar já acometida. A qualidade de vida é muito precária e por isso é difícil encontrar estudos que mostrem melhora quando a doença está em estágio avançado.

A presença de um profissional da assistência social é de grande valia para auxiliar nesses dilemas. Como exemplo, pode-se citar o caso em que a assistente, que cuidava de uma paciente com DPOC grave, teve que citar o estatuto do idoso para exigir da família um melhor cuidado com a matriarca, caso contrário, seriam denunciados. A não adesão ao tratamento e as ausências nas consultas estavam prejudicando a paciente, piorando seu prognóstico e aumentando a frequência de internações por exacerbação. Muitos outros exemplos existem culminando em casos de pacientes que internam mais de 30 vezes em um ano. Muitos destes preferem estar no hospital a em suas casas e acabam passando maior parte do fim de sua vida internados em hospitais públicos, onerando o sistema.

A falha na rede de cuidados em saúde é outra barreira importante. Após alta hospitalar, o paciente fica sem acompanhamento de um especialista, porque, ao ser encaminhado ao posto ou unidade ao qual pertence, nem sempre existe pneumologista presente, como relatado acima. Então, deve consultar com um clínico que referenciará a um especialista, aguardando meses na fila de espera do município onde reside, até que a Secretaria da Saúde agende uma consulta, que poderá ser no próprio hospital do qual o paciente teve alta de uma exacerbação, retornando ao ponto de partida. O ideal seria fazer o encaminhamento direto ao especialista dentro do próprio hospital, mas, às vezes, o especialista não é consultado nem durante a internação hospitalar.

8.5 A reflexão necessária

Condições crônicas de saúde como as acima tratadas, desde a aparente simplicidade do tratamento de uma hipertensão arterial, passando pela asma e DPOC, chegando à alta complexidade de um transplante de medula óssea possibilitam uma reflexão conjunta sobre serviços farmacêuticos e demais serviços de cuidado à saúde. Quanto aos serviços farmacêuticos, desde a mais simples abordagem até a mais complexa, existe um fundamento essencial – a mudança da filosofia de prática.

A análise do estado da arte realizada por Hepler e Strand em 1990 levou à definição do que é *pharmaceutical care*, que alguns traduzem por atenção farmacêutica, outros por cuidado farmacêutico. Entretanto, em que pese o problema das traduções, o fundamental é que o foco das atenções seja o paciente. O farmacêutico deve ter como objetivo a qualidade de vida da pessoa, sendo essa entendida como a obtenção de resultados terapêuticos clínicos, humanísticos e econômicos, fundamentados na prevenção e resolução de problemas relacionados com medicamentos. Em complementação e segundo os princípios filosóficos, essas ações devem ser resultantes de um acordo entre farmacêutico, paciente e equipe de saúde, conforme necessidades (HEPLER; STRAND, 1990; HEPLER, 2010).

Entretanto, se observarmos o avanço das reflexões acerca dessa filosofia de prática, o foco muda mais ainda, pois passa do paciente – aquele que sofre – para a pessoa, em seu contexto familiar e comunitário. Essa discussão será melhor aprofundada no capítulo *Comunicação e adesão à farmacoterapia*. Portanto, um primeiro passo dos serviços farmacêuticos, da clínica farmacêutica é ter uma filosofia de prática em que o centro seja a pessoa, a família e a comunidade.

Observa-se claramente a ruptura existente entre os níveis de atenção, tanto em nível horizontal como vertical, a fragmentação e a falta de compreensão da integralidade do cuidado, a não existência de referência e contrarreferência entre serviços farmacêuticos, a falta de educação permanente para a realização do mais importante: proporcionar saúde para a pessoa, a família e a comunidade. Mesmo para agravos que acometem a maioria da população, como a hipertensão, ou mais raros, se faz necessário mudar a prática profissional. A sociedade humana chegou a um nível de conhecimento científico e tecnológico que proporciona uma melhor longevidade. Entretanto, em muitos países o sistema de saúde ainda não é compatível com o conhecimento disponível, a equidade social não é atingida e a fragmentação do conhecimento associada à fragmentação da prática profissional levam a população a não ter os serviços de saúde necessários a suas condições de saúde.

Em nosso país as bases teóricas estão lançadas. As soluções estão consignadas em vários documentos (MENDES, 2011; BRASIL, 2013c), que se propõem uma nova organização do sistema de saúde. Agora resta ao profissional de saúde iniciar o trabalho da construção/reconstrução de uma nova prática profissional. Nesse contexto pode-se realizar a seguinte reflexão: no cuidado das pessoas com as doenças acima relatadas, com o conhecimento e recursos disponíveis, não chegou o momento de uma nova organização dos serviços farmacêuticos? Não se pode negar nem a abordagem do conhecimento biológico e nem a dos determinantes sociais e ambientais da saúde. Não se pode negar a fragmentação atual do cuidado. Não se pode negar a necessidade da avaliação constante das evidências em saúde.

Portanto, não se pode negar a necessidade de trabalhar em rede. A OMS considera que as Redes de Atenção à Saúde (RAS) contêm seis modalidades de integração: (1) conjunto amplo de intervenções preventivas e curativas para uma população; (2) espaços de integração de vários serviços; (3) atenção à saúde contínua, ao longo do tempo; (4) integração vertical de diferentes níveis de atenção; (5) vinculação entre a formulação da política de saúde e a gestão; (6) trabalho intersetorial. A partir dessas modalidades produz-se uma conceituação de serviços integrados de saúde como

[...] a gestão e a oferta de serviços de saúde de forma que as pessoas recebam um contínuo de serviços preventivos e curativos, de acordo com as suas necessidades, ao longo do tempo e por meio de diferentes níveis de atenção à saúde. (MENDES, 2011).

Ao realizar-se uma reflexão sobre os problemas identificados no tratamento de pessoas com hipertensão, asma, DPOC ou que realizaram transplante de medula óssea fica evidente a compatibilidade do trabalho em rede para solucioná-los, tanto dos serviços farmacêuticos, como dos outros serviços. O acesso a medicamentos necessários a um determinado paciente com problema de saúde específico, como hipertensão arterial resistente, DPOC ou tratamento complementar ao Transplante de Medula Óssea, pode ser resolvido com a rede de serviços farmacêuticos, em que o profissional de um nível de atenção comunica ao outro nível a razão da prescrição e a indicação dos medicamentos que não compõem uma relação municipal de medicamentos. Por outro lado, quando ocorrer a identificação de causas de PRM que estejam relacionadas a falta de cognição ou a falta de cuidador, esses fatos podem ser comunicados ao outro nível e na atenção primária o farmacêutico pode comunicar a equipe e utilizar o cuidado a ser executado por um agente de saúde. Também o farmacêutico que pertencer ao Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) pode ser solicitado a intervir nos casos em que é necessário um suporte maior na farmacoterapia, buscando verificar, por

meio de um projeto terapêutico singular, a melhor forma de estabelecer o cuidado de pessoas com doenças crônicas limitantes ou com vulnerabilidade social. Como complementação, deve-se avaliar a necessidade ou não de utilizar como recurso a gestão de caso, a qual, necessariamente, deve ultrapassar as barreiras verticais e horizontais existentes para o cuidado em saúde.

É necessário um conjunto amplo de intervenções preventivas e curativas para a população com esses agravos, como também serviços que sejam integrados tanto horizontalmente como verticalmente (em todos os níveis de atenção), com atenção à saúde de forma contínua. Para que isso ocorra, deve haver vinculação entre a gestão e a formulação da política de saúde, além do trabalho ser intersetorial. É nesse contexto que os serviços farmacêuticos devem ser realizados e estruturados. A fragmentação entre a gestão da assistência farmacêutica e os serviços clínicos prestados à pessoa, família e comunidade somente contribuem para aumentar ainda mais a fragmentação do cuidado.

Por outro lado, a farmácia como local de serviços farmacêuticos se comporta como um ambiente de acesso a medicamentos sem a prestação do devido serviço farmacêutico. Na realidade sua estrutura é subutilizada, pois pode-se comportar como um ponto de atenção à saúde. A pessoa com uma doença crônica, muitas vezes, tem maior contato com a farmácia do que com o restante dos locais de cuidado à saúde. O aproveitamento dessa situação para a realização de atividades que busquem a supervisão de ações de integralidade à saúde deve ser vislumbrada e organizada. Existe a oportunidade de realizar a conciliação entre as prescrições de vários níveis, comunicar a necessidade de continuidade de tratamentos que possuem compartilhamento de financiamento, entre tantas outras atividades.

Como visto, problemas relacionados a medicamentos e suas causas, quando detectados por meio de serviços farmacêuticos, em muitas situações, demandam o compartilhamento com a equipe de saúde. Dependendo das causas dos PRM, a equipe pode construir projeto terapêutico singular ou optar por matriciamento, por exemplo. Outras vezes, a simples comunicação entre farmacêuticos de níveis diferentes de atenção à saúde poderiam solucionar vários problemas. O que se necessita é uma mudança de abordagem, de enfoque dos serviços, utilizando o medicamento como insumo de seu fazer e atendendo as necessidades da pessoa, da família e da comunidade. Para tanto, ações de educação permanente devem ser elaboradas e construídas com o objetivo de aperfeiçoar e colaborar na construção do SUS de que a população, incluindo os profissionais da saúde, necessita.

Referências

- ATSOU, K.; CHOUAID, C.; HEJBLUM, G. Variability of the chronic obstructive pulmonary disease key epidemiological data in Europe: systematic review. *BMC Medicine*, v. 9, n. 7, 2011.
- AZEVEDO, W.; RIBEIRO, M. Fontes de células-tronco hematopoéticas para transplantes. *Medicina*, Ribeirão Preto, n. 33, p. 381-389, 2000.
- BOURBEAU, J. et al. Reduction of hospital utilization in patients with chronic obstructive pulmonary Disease. *Archives of Internal Medicine*, v. 163, n. 5, p. 585-591, 2003.
- BRASIL. Lei nº 8080, de 19 de setembro 1990. *Saúde*. Md, editor. 1990.
- BRASIL. *Diretrizes Operacionais: Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão*. Brasília, 2006.
- BRASIL. DATASUS: Ministério da Saúde. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>>. Acesso em: 17 maio 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Cadernos de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado de pessoa com doenças crônicas: Diabetes Mellitus*. n. 36. Brasília. 2013a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Cadernos de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado de pessoa com doenças crônicas: Hipertensão Arterial Sistêmica*. n. 37. Brasília, 2013b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias*. Brasília, 2013c.
- BRASIL. DATASUS: Ministério da Saúde. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>>. Acesso em: 6 jul. 2014.
- BRITO, F. *A transição demográfica no Brasil: as possibilidades e o desafio para a economia e a sociedade: Texto para Discussão nº 318*. Belo Horizonte: CEDEPLAR/UFMG, 2007.
- BUIST, S. et al. International variation in the prevalence of COPD (The BOLD Study): a population-based prevalence study. *The Lancet*, v. 370, p. 741-750, 2007.
- CAMPOS, H. S. Asma e DPOC: vida e morte. *Boletim de Pneumologia Sanitária*, v. 12, n. 1, p. 37-53, 2004.
- CASTRO, M. S. et al. Pharmaceutical care program for patients with uncontrolled hypertension. *American Journal of Hypertension*, v. 19 n. 5, p. 528-533, 2006.
- CHOBANIAN, A. V. et al. Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. *JAMA*, v. 289, n. 19, p. 2560-2572, 2003.
- CISTERNAS, M. G.; BLANC, P. D.; YEN, I. H.; KATZ, P. P.; EARNEST, G.; EISNER, M. D.; SHIBOSKI, S.; YELIN, E. H. A comprehensive study of the direct and indirect costs of adult asthma. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, v. 111, n. 6, p. 1212-1218, 2003.
- CORNELISSEN, J. J. et al. Unrelated marrow transplantation for adult patients with poor-risk acute lymphoblastic leukemia: strong graft-versus-leukemia effect and risk factors determining outcome. *Blood*, v. 97, n. 6, p. 1572-1577, 2001.

- CORRÊA, P. M. *Pacientes Pós-Transplante Alogênico de Células-Tronco Hematopoiéticas: Estudo da Contribuição da Atenção Farmacêutica nos Resultados Terapêuticos*. 2013. 316 f. Tese (Doutorado em Farmácia) – Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.
- COURIEL, D. R. et al. Acute and chronic graft-versus-host disease after ablative and nonmyeloablative conditioning for allogeneic hematopoietic transplantation. *Biology of Blood Marrow Transplantation*, v. 10, n. 3, p. 178-185, 2004.
- DUARTE, M.; CAMARGOS, P. Efficacy and safety of a home-made non-valved spacer for bronchodilator therapy in acute asthma. *Acta Paediatrica*. v. 91, n. 9, p. 909-913, 2002.
- EFFING, T. et al. Self-management education for patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Systemic Review*, v. 4, 2007.
- FERRARA, J. L.; REDDY, P. Pathophysiology of Graft-Versus-Host Disease. *Seminars in Hematology*, v. 43, n. 1, p. 3-10, 2006.
- FERRARA, J. L.; REDDY, P.; HOLLER, E. Graft-versus-Host Disease. *Lancet*, v. 373, n. 9674, p. 1550-1561, 2009.
- FILIPOVICH, A. H. et al. National institutes of health consensus development project on criteria for clinical trials in chronic graft-versus-host disease: I. Diagnosis and Staging Working Group Report. *Biology of Blood Marrow Transplantation*, v. 11, p. 945-956, 2005.
- FLOMENBERG, N. et al. Impact of HLA class I and class II high-resolution matching on outcomes of unrelated donor bone marrow transplantation: HLA-C mismatching is associated with a strong adverse effect on transplantation outcome. *Blood*, v. 104, n. 7, p. 1923-1930, 2004.
- FONTES, M. J. F.; FONSECA, M. T. M.; CAMARGOS, P. A. M.; AFFONSO, A. G. A.; CALAZANS, G. M. C. Asma em crianças menores de 5 anos: dificuldades no diagnóstico e na prescrição de corticoterapia inalatória. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, v. 31, n. 3, p. 244-253. 2005.
- FUCHS, F. D. Terapêutica na prática clínica cardiovascular. Vivências e evidência. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 85, n. 1, p. 72-75, 2005.
- GINA. Gestão estratégica e participativa. *Vigitel Brasil 2010: vigilância de fatores de Global Initiative for Asthma (GINA)*. Global strategy for asthma management and prevention – Revised 2014. p. 1-134. Disponível em: <http://www.ginasthma.org/local/uploads/files/GINA_Report_2014_Jun11.pdf>.
- GLUCKSBERG, H. et al. Clinical manifestation of graft-versus-host disease in human recipients of marrow from HLA matched sibling donors. *Transplantation*, v. 18, n. 4, p. 295-314, 1974.
- GOLD. GLOBAL INITIATIVE FOR CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE. Global strategy for diagnosis, management, and prevention of COPD – Update 2010. *Medical Communications Resources*, p. 1-117, 2010.
- GOLD. GLOBAL INITIATIVE FOR CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE. Global strategy for diagnosis, management, and prevention of COPD – Update 2014. *Medical Communications Resources*, p. 1-83, 2014.

- GREINIX, H. T. et al. The effect of intensified extracorporeal photochemotherapy on long-term survival in patients with severe acute graft-versus-host disease. *Hematologica*, v. 91, n. 3, p. 405-408, 2006.
- GYURKOCZA, B.; REZVANI, A.; STORB, A. Allogeneic hematopoietic cell transplantation: the state of the art. *Expert Review of Hematology*, v. 3, n. 3, p. 285-299, 2010.
- HALBERT, R. J.; NATOLI, J. L.; GANO, A.; BADAMGARAV, E.; BUIST, A. S.; MANNINO, D. M. Global Burden of COPD: systematic and meta-analysis. *The European Respiratory Journal*, v. 28, n. 3, p. 523-532, 2006.
- HEPLER, C. D.; STRAND, L. M. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. *American Journal of Hospital Pharmacy*. v. 47, n. 3, p. 533-543. 1990.
- HEPLER, C. D. A dream deferred. *American Journal of Health-System Pharmacy*. v. 67, n. 16, p. 1319-1325, 2010.
- IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Departamento de população e indicadores sociais. Divisão de estudos e projeção da população do Brasil por Sexo e Idade para o Período de 1980-2005: *revisão 2006*. Rio de Janeiro, 2010.
- ILDEFONSO, S. A. G.; BARBOSA-BRANCO, A.; ALBUQUERQUE-OLIVEIRA, P. R. Prevalência de benefícios de seguridade social temporários devido a doenças respiratórias no Brasil. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*. v. 33, v. 1, p. 44-53, 2009.
- ISH. INTERNATIONAL SOCIETY OF HYPERTENSION. European Society of Hypertension – European Society of Cardiology. Guidelines for the management of arterial hypertension. *Journal of Hypertension*, v. 21, n. 7, p. 1011-1053, 2003.
- JACOBS, U.; CASTRO, M. S.; FUCHS, F. D.; FERREIRA, M. B. C. The influence of cognition, anxiety and psychiatric disorders over treatment adherence in uncontrolled hypertensive patients. *Plos One*, v. 6, n. 8, 2011.
- JARDIM, J. R.; OLIVEIRA, J. A.; NASCIMENTO, O. II Consenso Brasileiro sobre Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica. *Jornal de Pneumologia*, v. 30 p. S1-S42, 2004.
- JARDIM, J. R.; OLIVEIRA, J. A.; NASCIMENTO, O. Consenso Brasileiro sobre Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica – Revisão de alguns aspectos de epidemiologia e tratamento da doença estável. *Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia*, p. 1-24, 2006.
- KOHN, L. T.; CORRIGAN, J. M.; DONALSON, M. S. *To err is human: building a safer health system*. Washington, D.C.: National Academy Press, 1999.
- LABIRIS, N. R.; DOLOVICH, M. B. Pulmonary drug delivery. Part II: The role of inhalant delivery devices and drug formulations in therapeutic effectiveness of aerosolized medications. *British Journal of Clinical Pharmacology*. v. 56, n. 6, p. 600-612, 2003.
- LEE, S. J. et al. High-resolution donor-recipient HLA matching contributes to the success of unrelated donor marrow transplantation. *Blood*, v. 110, n. 13, p. 4576-4583, 2007.
- LÉGER, C. S.; NEVILL, T. J. Hematopoietic stem cell transplantation: a primer for the primary care physician. *Canadian Medical Association Journal*, v. 170, n. 10, p. 1569-1577, 2004.

- LEVINE, J. E. et al. Etanercept plus methylprednisolone as initial therapy for acute graft-versus-host disease. *Blood*, v. 111, n. 4, p. 2470-2475, 2008.
- LJUNGMAN, P. et al. Allogeneic and autologous transplantation for hematological diseases, solid tumours and immune disorders: current practice in Europe 2009. *Bone Marrow Transplantation*, v. 45, n. 2, p. 19-234, 2010.
- LOISEAU, P. et al. HLA Association with hematopoietic stem cell transplantation outcome: the number of mismatches at HLA-A, -B, -C, -DRB1, or -DQB1 is strongly associated with overall survival. *Biology of Blood Marrow Transplantation*, v. 13, n. 8, p. 965-974, 2007.
- MACMILLAN, M. L. et al. Response of 443 patients to steroids as primary therapy for acute graft-versus-host disease: comparison of grading systems. *Biology of Blood Marrow Transplantation*, v. 8, n. 7, p. 387-394, 2002.
- MELANI, A. S. Inhalatory therapy training: a priority challenge for the physician. *Acta Bio-medica*, v. 78, n. 3, p. 233-245, 2007.
- MENDES, A. V. *As redes de atenção à saúde*. OPAS, Brasília: CONASS, 2011.
- MENEZES, A. M. B. et al. Chronic obstructive pulmonary disease in five Latin American cities (the PLATINO Study): a prevalence study. *The Lancet*, v. 366, p. 1875-1881, 2005a.
- MENEZES, A. M. B. et al. Prevalence of chronic obstructive pulmonary disease and associated factors: the PLATINO Study in São Paulo, Brazil. *Caderno de Saúde Pública*, v. 21, n. 5, p. 1565-1573, 2005b.
- MIELCAREK, M. et al. Graft-versus-host disease after nonmyeloablative versus conventional hematopoietic stem cell transplantation. *Blood*, v. 102, n. 2, p. 756-762, 2003.
- MUCHÃO, F. P.; PERÍN, S. L. R. R.; RODRIGUES, J. C.; LEONE, C.; FILHO, L. V. R. F. S. Avaliação do conhecimento sobre o uso de inaladores dosimetrados entre profissionais de saúde de um hospital pediátrico. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*. V. 34, n. 1, p. 4-12, 2008.
- MUNIZ, J. B.; PADOVANI, C. R.; GODOY, I. Inalantes no tratamento da asma: avaliação do domínio das técnicas de uso por pacientes, alunos de medicina e médicos residentes. *Jornal de Pneumologia*, v. 29, n. 2, p. 75-81, 2003.
- NEUTEL, J. M.; SMITH, D. H. G. Improving patient compliance: a major goal in the management of hypertension. *Journal of Clinical Hypertension*, v. 5, n. 2, p. 127-132, 2003.
- OLIVERIA, S. A.; LAPUERTA, P.; MCCARTHY, B. D.; L'ITALIEN, G. J.; BERLOWITZ, D. R.; ASCH, S. M. Physician-related barriers to the effective management of uncontrolled hypertension. *Archives of Internal Medicine*, v. 162, n. 4, p. 413-420, 2002.
- OPAS. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. *Linhas de cuidado: hipertensão arterial e diabetes*. Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2010.
- PASSWEG, J. R. et al. Hematopoietic SCT in Europe: data and trends in 2011. *Bone Marrow Transplantation*, v. 48, n. 9, p. 1161-1167, 2013.

- PATON, E. J.; COUTINHO, M. A.; VOLTARELLI, J. C. Diagnóstico e tratamento das complicações agudas do transplante de células-tronco hematopoéticas. *Medicina*, Ribeirão Preto, v. 33, p. 264-277, 2000.
- PEREIRA, L. F. F. Como administrar drogas por via inalatória na asma. *Jornal de Pneumologia*, v. 24, n. 3, p. 133-144, 1998.
- PESSÔA, C. L. C.; PESSÔA, R. S. Epidemiologia da DPOC no presente – aspectos nacionais e internacionais. *Pulmão*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 7-12, 2009.
- PIÉRART, F.; WILDHABER, J. H.; VRANCKEN, I.; DEVADASON, S. G.; LE SOUËF, P. N. Washing plastic spacers in household detergent reduces electrostatic charge and greatly improves delivery. *The European Respiratory Journal*, v. 13, n. 3, p. 673-678, 1999.
- PRZEPIORKA, D.; WEISDORF, D.; MARTIN, P.; KLINGEMANN, H.G.; BEATTY, P.; HOWS, J.; THOMAS, E. D. *Consensus Conference on Acute GVHD Grading Bone Marrow Transplant*, v. 15, p. 825-828, 1995.
- RATANATHARATHORN, V.; AYASH, L.; LAZARUS, M. H.; FU, J.; UBERTI, J. P. Chronic graft-versus-host disease: clinical manifestation and therapy. *Bone Marrow Transplant*, v. 28, p. 121-129, 2001.
- ROCHA, V. et al. Graft-versus-host disease in children who have received a cord-blood or bone marrow transplant from an HLA-identical sibling. Eurocord and International Bone Marrow Transplant Registry Working Committee on Alternative Donor and Stem Cell Sources. *New England Journal of Medicine*, v. 342, n. 25, p. 1846-1854, 2000.
- RODRIGUES, J. C. et al. Provas de função pulmonar em crianças e adolescentes. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, v. 28, n. 3, p. 207-221, 2002.
- RUBIN, A. S.; PEREIRA, C. A. C.; NEDER, J. A.; FITERMAN, J.; PIZZICHINI, M. M. M. Hiperresponsividade brônquica. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, v. 28, n. 3, p. 101-121, 2002.
- SANTOS, L. A.; OLIVEIRA, M. A.; FARESIN, S. M.; SANTORO, I. L.; FERNANDES, A. L. G. Direct Costs of asthma in Brazil: a comparison between controlled and uncontrolled asthmatic patients. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*, v. 40, p. 943-948, 2007.
- SBPT. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia para Manejo da Asma. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, v. 38, Supl. 1, p. S1-S46, 2012.
- SEARS, M. R. et al. A longitudinal, population-based, cohort study of childhood asthma followed to adulthood. *New England Journal of Medicine*, v. 349, n. 15, p. 1414-1422, 2003.
- SHULMAN, H. M. et al. Chronic graft-versus-host syndrome in man. A long-term clinicopathologic study of 20 Seattle patients. *American Journal of Medicine*, v. 69, n. 2, p. 204-217, 1980.
- SILLA, L. et al. Patient socioeconomic status as a prognostic factor for allo-SCT. *Bone Marrow Transplantation*, v. 43, n. 7, p. 571-577, 2009.
- SIMON-TUVAL, T.; SCHARF, S. M.; MAIMON, N.; BERNHARD-SCHARF, B. J.; REUVENI, H.; TARASIUK, A. Determinants of elevated healthcare utilizations in patients with CPOD. *Respiratory Research*, v. 12, n. 7, 2011.

SOLER-CATALUÑA, J. J.; MARTÍNEZ-GARCIA, M. A.; SÁNCHEZ, P. R.; SALCEDO, E.; NAVARRO, M.; OCHANDO, R. Severe acute exacerbations and mortality in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Thorax*, v. 60, p. 925-931, 2005.

SOUZA, L. F. S. Aerossolterapia na asma da criança. *Jornal de Pediatria*, v. 74, n. 3, p. 189-204, 1998.

SOUZA, M. L. M.; MENEGHINI, A. C.; FERRAZ, E.; VIANNA, E. O.; BORGES M. C. Técnica e compreensão do uso dos dispositivos inalatórios em pacientes com asma ou DPOC. *Jornal Brasileiro de Pneumologi*, v. 35, n. 9, p. 824-831, 2009.

STELMACH, R.; ROBLES-RIBEIRO, P. G.; RIBEIRO, M.; OLIVEIRA, J. C.; SCALABRINI, A.; CUKIER, A. Incorrect application technique of metered dose inhalers by internal medicine residents: impact of exposure to a practical situation. *Journal of Asthma*, v. 44, n. 9, p. 765-768, 2007.

STORB, R.; BLUME, K. G.; O'DONNELL, M. R.; CHAUNCEY, T.; FORMAN, S.J.; DEEG, H. J.; HU, W. W.; APPELBAUM, F.R.; DONEY, K.; FLOWERS, M. E.; SANDERS, J.; LEISENRING, W. Cyclophosphamide and antithymocyte globulin to condition patients with aplastic anemia for allogeneic marrow transplantations: the experience in four centers. *Biol Blood Marrow Transplantation*, v. 7, n. 1, p. 39-44, 2001.

SULLIVAN, K. M. et al. Chronic graft-versus-host disease and other late complications of bone marrow transplantation. *Seminars in Hematology*, v. 28, n. 3, p. 150, 1991.

SUTTON-TYRREL, K.; WILDMAN, R.; NEWMAN, A.; KULLER, L.H. Extent of cardiovascular risk reduction associated with treatment of isolated systolic hypertension. *Archives of Internal Medicine*, v. 163, n. 22, p. 2728-2731, 2003.

TRINCA, M. A.; BICUDO, I. M. P.; PELICIONI, M. C. F. A interferência da asma no cotidiano das crianças. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, v. 21, n. 1, p. 70-84, 2011.

ANEXO I

DESCRIÇÃO DO SEGUIMENTO FARMACOTERAPÊUTICO DE PACIENTES UTILIZADO PELO GRUPO DE PESQUISA E DESENVOLVIMENTO EM ATENÇÃO FARMACÊUTICA (MÉTODO GPDAF)

Primeiro encontro – Identificação de problemas relacionados com medicamentos

Primeira parte – Estabelecendo relacionamento terapêutico

O farmacêutico se apresenta como integrante da equipe multidisciplinar e explica os objetivos de suas atividades. O início da entrevista visa à obtenção de dados demográficos do paciente, como local de residência, grau de instrução e presença ou não de cuidador. Nessa etapa o farmacêutico inicia a construção de uma relação terapêutica, objetivando conquistar a confiança do paciente, com vistas ao estabelecimento de acordos para o alcance de resultados terapêuticos.

Segunda parte – Anamnese farmacológica

O farmacêutico busca informações mais detalhadas sobre o uso de medicamentos pelo paciente e sobre a percepção que este tem sobre seu próprio estado de saúde. Inicia-se com uma pergunta sobre o que preocupa o paciente quanto a sua saúde. A pergunta é aberta para que ele relate todos os problemas que julgue estarem afetando sua saúde, não apenas aqueles relacionados diretamente com medicamentos. Outro ponto abordado é o histórico de reações adversas a medicamentos, mesmo que o farmacêutico já tenha conhecimento de algum caso relatado em prontuário.

Dando seguimento à Anamnese Farmacológica, utiliza-se a técnica da sacola de medicamentos (*Brown bag*), na qual se solicita, anteriormente, ao paciente que traga, em uma sacola, todos os medicamentos que possui em casa. O farmacêutico pede ao paciente que lhe entregue a sacola com os medicamentos e inicia uma série de perguntas, visando identificar o conhecimento dele, ou do cuidador, sobre cada um dos medicamentos constantes na sacola.

Para cada um dos medicamentos, são realizadas perguntas que buscam esclarecer:

- Se o paciente (ou seu cuidador):
 - identifica o medicamento
 - reconhece qual o médico responsável
- Se o paciente (ou seu cuidador) sabe:
 - qual a indicação do medicamento
 - a posologia e a forma de administração
 - quais efeitos esperar com o uso do medicamento
 - qual deve ser a duração do tratamento
 - quais os cuidados que deve ter durante o tratamento
- Se o paciente identifica ou relaciona algum problema com o fato de utilizar o medicamento ou tem alguma dificuldade para administrar-se.
- Se o paciente reporta quantas doses esquece de administrar-se por semana.

Após, o farmacêutico realiza revisão de sistemas, repassando cada parte do corpo humano, para identificar se o paciente utiliza algum produto ou medicamento que não trouxe na consulta. No caso de um medicamento esquecido, as perguntas descritas anteriormente são realizadas para o medicamento esquecido, seja ele de uso contínuo ou esporádico.

Na sequência, são realizadas perguntas para identificar a rotina e hábitos do paciente. Com isso, são investigados o uso de chás, plantas medicinais, álcool e outras drogas, hábitos alimentares, rotina diária e utilização de sais minerais e vitaminas. Todos os questionamentos são realizados na forma de perguntas abertas. Essas informações são fundamentais para adaptar a farmacoterapia à rotina do paciente e identificar o grau de utilização das recomendações do tratamento não farmacológico.

Na fase final, o farmacêutico analisa a existência de algum problema relacionado ao uso de medicamentos e sua(s) causa(s) ou a não adesão ao tratamento não farmacológico. Quando algum problema é identificado, uma intervenção é proposta ao paciente ou cuidador. A intervenção deve ser personalizada levando em conta as informações fornecidas anteriormente pelo paciente. Quando necessário, é discutido com o médico uma possível modificação no tratamento. Quando identificada a necessidade, são reforçadas as recomendações da equipe sobre o tratamento e/ou relatado que vai se proceder a um aprofundamento do estudo do caso do paciente para lhe repassar nova avaliação na próxima consulta. Após, agenda-se a data de novo encontro. O estudo de caso está relacionado à busca da identificação de causas ligadas a problemas relacionados com medicamentos, visando estabelecer estratégias para realizar intervenção naquelas.

Segundo encontro

O farmacêutico questiona o paciente como ele está se sentindo e se houve alguma modificação no tratamento medicamentoso. Caso tenha ocorrido, verifica-se o plano de cuidados para planejar como se deve proceder e se não existe um novo PRM que deve ser abordado. Se alguma intervenção foi proposta, se comenta e avalia em conjunto o que foi realizado.

Outro ponto investigado é a relação do paciente com seus familiares e como a família está estruturada, procurando verificar se esses fatores podem influir no tratamento. O farmacêutico dialoga sobre os hábitos alimentares e os cuidados necessários. Os hábitos alimentares dos demais membros da família também são questionados, já que podem influenciar na conduta do paciente. Além disso, é indagado como o paciente e seus familiares têm conseguido adaptar-se para seguir as recomendações da equipe médica.

Após essa primeira fase, o farmacêutico solicita novamente a sacola de medicamentos e realiza questões para identificar a forma de acesso aos medicamentos e a possibilidade de não adesão por falta de acesso. As questões são realizadas para cada medicamento prescrito.

Em seguida, o farmacêutico revisa os resultados do processo educacional que tenha sido realizado na primeira consulta. Também realiza novas intervenções que julgue necessárias. Todas as intervenções levam em consideração o paciente e seu dia a dia, suas crenças, convivência familiar, redes de apoio e acesso aos serviços de saúde. Quando necessário, são realizados encontros com os prescritores para discussão do caso e propostas as intervenções com consenso da equipe. Agenda-se nova consulta segundo as necessidades e o plano de cuidado estabelecido.

Encontros subsequentes

No primeiro momento do encontro, verifica-se o cumprimento do que foi acordado com o paciente, a existência ou não de novos problemas de saúde e sua relação com novos PRMs. Também se questiona quanto à ocorrência de modificações no tratamento desde a última consulta.

Nessa etapa, são investigados os possíveis problemas que o paciente pode estar tendo para seguir o tratamento, a sua relação com a equipe de saúde e os aspectos que ele gostaria que fossem modificados no atendimento ou mesmo no tratamento. Caso seja possível, algumas modificações são realizadas ou, então, é explicado o porquê de não se realizar alterações.

Caso tenha sido realizado processo educativo na consulta anterior, o farmacêutico revisa o conhecimento do paciente para certificar-se que o mesmo compreendeu a informação. Se necessário, prepara-se novo plano de cuidados.

RESULTADOS CLÍNICOS CONTROVERSOS EM ATENÇÃO FARMACÊUTICA

Mauro Silveira de Castro
Paulo Maximiliano Corrêa

9.1 Introdução

Em 1990, Hepler e Strand publicavam o artigo *Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care* no qual propõe o conceito básico da atenção farmacêutica: “a provisão responsável da farmacoterapia com o objetivo de alcançar resultados definidos que melhorem a qualidade de vida dos pacientes” (HEPLER; STRAND, 1990). Neste artigo, está exposta a sistematização de várias ideias que configuram a base de uma filosofia de prática que muitos farmacêuticos julgavam ser o grande avanço da profissão. Pela proposta de atuação da atenção farmacêutica, a pessoa em uso de medicamentos passaria a ser o foco principal dos cuidados do farmacêutico e os objetivos a serem alcançados seriam: a cura de uma doença, a eliminação ou redução dos sintomas, a interrupção ou redução do processo patológico e a prevenção de uma enfermidade ou de um sintoma. Todo esse processo, para alcançar resultados, deveria ser realizado por meio de um acordo entre o farmacêutico e a pessoa-em-uso-de-medicamentos e, se necessário, acordar também com a equipe de saúde as intervenções necessárias.

Doze anos após o artigo de Hepler e Strand, é proposto o consenso de atenção farmacêutica no Brasil. Segundo essa proposta, a atenção farmacêutica pode ser dividida em seis macrocomponentes (IVAMA et al., 2002):

- 1) Educação em saúde.
- 2) Orientação farmacêutica.
- 3) Dispensação.
- 4) Atendimento farmacêutico.
- 5) Seguimento farmacoterapêutico.
- 6) Registro sistemático das atividades, mensuração e avaliação dos resultados.

Apesar de muitos farmacêuticos terem apoiado a ideia da atenção farmacêutica, ao longo desses mais de vinte anos, essa prática, ainda é vista como um objetivo a ser alcançado na grande maioria dos locais de trabalho. Hepler publicou em 2010 um artigo intitulado “A Dream Deferred” no qual admite que o desejo dele de ver a profissão farmacêutica tornar-se fundamentalmente clínica teve que ser adiado, visto o baixo número de profissionais que conseguem seguir os preceitos da atenção farmacêutica nos locais de trabalho, mesmo que alguns artigos apontem para resultados satisfatórios em algumas enfermidades (HEPLER, 2010).

Normalmente, quando o profissional farmacêutico tem o primeiro contato com a teoria da atenção farmacêutica, ele sente-se motivado com a possibilidade de realizar o atendimento segundo os preceitos dessa filosofia de prática. Um dos problemas básicos é compreender o que é uma filosofia de prática. Nesse caso ela nos traz a resposta a duas perguntas básicas: Qual o significado da existência da profissão farmacêutica no atendimento da pessoa, família e comunidade que utiliza medicamentos? Qual é a missão da profissão farmacêutica no atendimento da pessoa, família e comunidade que utiliza medicamentos? Além de responder essas perguntas, com a filosofia de prática, fica estabelecido, também, o modo de proceder científico e bioético.

Porém, no momento de passar da teoria filosófica para a prática, poucos levam a cabo tudo o que é proposto para o atendimento das pessoas, além de fazerem uma série de confusão, substituindo princípios filosóficos, postura profissional e a necessária proteção aos interesses da pessoa que usa medicamentos por métodos de atendimento. A mais corriqueira das confusões é confundir atenção farmacêutica com acompanhamento/seguimento farmacoterapêutico. Ao dialogar com profissionais que estavam motivados com a novidade, sobre quais dificuldades enfrentavam para transpor o que foi aprendido em sala de aula, na prática do dia a dia, surgiram muitas explicações. Invariavelmente, reclamaram de falta de estrutura, excesso de serviço burocrático e, principalmente, de falta de apoio dos gestores. Na maioria

das vezes, essas justificativas possuem fundamento, mas cabe ao profissional, que realmente deseja iniciar o cuidado das pessoas, superar essas dificuldades. Para isso, a estratégia inicial mais eficiente parece ser o esclarecimento para os gestores do que é a atenção farmacêutica e de todos os benefícios que a atenção farmacêutica pode trazer para o paciente e para o serviço. O gestor é o profissional que pode auxiliar o farmacêutico a melhorar as estruturas e reduzir a carga de trabalho burocrático do farmacêutico, ajudando-o a preparar um plano para essa inovação. Como, realmente, se trata de inovação, necessita-se de melhor planejamento para a implantação (HAIDER; KREPS, 2004; SANTOS, 2005; ROGERS et al., 2005).

Mas, como o farmacêutico pode argumentar com o gestor que a atenção farmacêutica pode contribuir para otimizar resultados terapêuticos? O caminho mais fácil seria demonstrando, por meio de experiências anteriores bem sucedidas, que o investimento nessa filosofia de prática vale a pena. É de se esperar que uma prática com mais de vinte anos de existência tenha uma quantidade de estudos com boa qualidade científica, que comprovem a eficácia e a efetividade. Entretanto, isso não ocorre em larga escala. Em vinte e quatro anos de atenção farmacêutica vários estudos, com grande heterogeneidade em relação à qualidade, estão disponíveis, mas os resultados são os mais variados.

Se o foco principal da atenção farmacêutica é a pessoa a ser atendida, visando a otimização da terapêutica e o alcance dos resultados em saúde, seria esperado que as medidas de impacto do serviço fossem focadas em melhorias clínicas ou humanísticas. Contudo, muitos estudos, que visam avaliar a efetividade da atenção farmacêutica se restringem a medir o trabalho do profissional. Nessa categoria estão os estudos que avaliam apenas a identificação e solução de Problemas Relacionados com Medicamentos – PRM (ALBERT, 2010; ABAURRE et al., 2014) e aqueles que meramente descrevem o papel do farmacêutico em diferentes unidades de atendimento (PROT-LABARTHE et al., 2008; GUÉRIN, 2014). Ter como único desfecho Problemas Relacionados com Medicamentos é iniciar uma pesquisa com um desfecho substituto (*surrogate endpoint*) que, em muitos casos, não demonstra ser o efeito capaz de atingir os resultados clínicos esperados para as condições de saúde da pessoa em uso de medicamentos (FUCHS; FUCHS, 2010). Neste capítulo são apresentados alguns pontos importantes em relação a artigos publicados sobre aspectos clínicos da atenção farmacêutica.

9.2 Grau de evidência para estudos clínicos

A literatura que trata da avaliação de tecnologias em saúde apresenta inconsistências quanto à classificação e graduação das evidências e força das recomendações clínicas conhecidas na atualidade. A Organização Mundial

de Saúde tem recomendado, juntamente com a Cochrane Collaboration, a utilização do apontado pelo *Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation* (GRADE), o qual apresentou uma proposta para uniformizar os critérios usados para definir recomendações para condutas clínicas. O grupo de trabalho apresenta um enfoque sistemático e definido para auxiliar no estabelecimento de juízos sobre a qualidade da evidência e a força das recomendações clínicas. No enfoque avaliativo, leva-se em consideração o desenho do estudo, sua qualidade (quais vieses influenciam os resultados), a consistência dos achados e se a evidência é direta ou indireta para cada resultado importante estudado. Em complementação, é levado em consideração o balanço entre benefícios e riscos, a qualidade da evidência, se a evidência é direta ou indireta e o risco basal do fenômeno estudado.

Quanto ao delineamento do estudo propriamente dito, pode-se utilizar o preconizado pelo *Oxford Centre for Evidence-based Medicine*, apresentado no Quadro 1. Em complementação apresenta-se a força de evidência no Quadro 2, segundo o grupo de trabalho GRADE. Para maior entendimento recomenda-se os trabalhos de Guyatt e colaboradores (2011) e Marzo-Castillejo e Alonso-Coello (2006).

Quadro 1 – *Oxford Centre for Evidence-based Medicine* sobre o grau de evidência de acordo com o tipo de terapia/prevenção/etiologia/dano

| Grau de evidência | Terapia/prevenção/etiologia/dano |
|-------------------|---|
| 1a | Revisão sistemática (com homogeneidade) de ensaios clínicos randomizados. |
| 1b | Ensaios clínicos randomizados individuais (com intervalos de confiança estreitos). |
| 1c | Ensaios clínicos randomizados do tipo tudo ou nada. |
| 2a | Revisão sistemática (com homogeneidade) de estudos de coorte. |
| 2b | Estudos de coorte individuais ou ensaios clínicos randomizados de baixa qualidade (ex.: perdas maiores do que 20%). |
| 2c | Estudos de desfechos ou estudos ecológicos. |
| 3a | Revisões sistemáticas (com homogeneidade) de estudos de caso-controle. |
| 3b | Estudos de caso-controle individuais. |
| 4 | Séries de casos (estudos de coorte ou caso-controle de baixa qualidade). |
| 5 | Opinião de especialista. |

Fonte: Oxford (2014).

Quadro 2 – Força de evidência segundo o GRADE

| Código | Qualidade da evidência | Definição | Delineamento |
|--------|------------------------|---|---|
| A | Elevada | Estudos futuros dificilmente alterarão a confiança nos resultados e causarão mudança nas estimativas de efeito. <ul style="list-style-type: none"> • Alguns estudos com resultados consistentes e elevada qualidade. • Em casos especiais: um grande estudo, com elevada qualidade e multicêntrico. | Ensaio clínico randomizado bem planejado e conduzido, pareado, com controles e análise de dados adequados e achados consistentes. Outros tipos de estudo podem ter alto nível de evidência, contanto que sejam delineados e conduzidos de forma adequada. |
| B | Moderada | Estudos futuros podem apresentar um importante impacto na confiança dos resultados e mudança na estimativa de efeito. <ul style="list-style-type: none"> • Um estudo de alta qualidade. • Vários estudos com algumas limitações. | Ensaio clínico randomizado com problemas na condução, inconsistência de resultados, imprecisão na análise, e vieses de publicação. |
| C | Baixa | Estudos futuros devem apresentar um importante impacto na confiança dos resultados e mudança na estimativa de efeito. <ul style="list-style-type: none"> • Um ou mais estudos com grandes limitações. | Estudos observacionais, de coorte e caso-controle, considerados altamente susceptíveis a vieses, ou ensaios clínicos com importantes limitações. |
| D | Muito baixa | Qualquer estimativa de efeito é incerta. <ul style="list-style-type: none"> • Opinião de especialistas. • Ausência de evidências. • Um ou mais estudos com severas limitações. | Estudos observacionais não controlados e observações clínicas não sistematizadas, exemplo relato de casos e série de casos. |

Fonte: Guyatt et al. (2011); Marzo-Castillejo; Alonso-Coello (2006).

Certas enfermidades já possuem um bom número de ensaios clínicos randomizados que avaliam os efeitos da atenção farmacêutica. Os exemplos mais significativos são os estudos com pacientes hipertensos e com pacientes diabéticos (MACHADO et al., 2007a; MACHADO et al., 2007b). Infelizmente, em determinados grupos de pacientes, como os transplantados, os que sofrem de doença arterial coronariana e os portadores do vírus HIV esses investimentos ainda são pequenos.

9.3 Qualidade de publicações relacionadas com a atenção farmacêutica

Métodos empregados para a realização da Atenção Farmacêutica

Desde o surgimento do conceito de Atenção Farmacêutica, foram desenvolvidos e ou propostos alguns métodos de atendimento de pacientes, conforme já abordado no capítulo 7. Os primeiros a surgirem foram *Pharmacist's Workup of Drug Therapy* (PWDT), elaborado por Linda Strand e o *Therapeutic Outcomes Monitorin* (TOM), elaborado por Charles Hepler. Na Espanha, no *Grupo de investigación en Atención Farmacéutica* da Universidad de Granada, surge o Método Dáder. Nos EUA já era utilizado e, de certa forma, foi revitalizado, o método de *counseling*, utilizado pelo The Indian Health Service. Em vários países existe o estímulo aos chamados métodos de revisão da utilização de medicamentos, podendo ou não adotar a filosofia de prática preconizada pelos princípios da atenção farmacêutica. Têm-se como exemplo *Medication Use Review*, *Home Medicine Review*, *Medicine Use Review* e *Medication Therapy Management* (MTM) (GONZALEZ; NOGA, 2008).

Apesar dos diversos métodos difundidos, um problema recorrente nos artigos sobre atenção farmacêutica é a não especificação de qual método foi utilizado para o atendimento dos usuários de medicamentos. Essa falta de clareza compromete a qualidade dos trabalhos e dificulta a difusão da prática por outros profissionais farmacêuticos. A qualidade científica também fica comprometida uma vez que não é possível reproduzir o estudo realizado para comprovar seus resultados. Ao mesmo tempo, a aplicação da prática por outro farmacêutico que deseje aplicar o trabalho também é prejudicada.

A falta de clareza quanto ao atendimento prestado contrasta até mesmo em estudos que apresentaram resultados positivos. Isso pode ser observado no estudo de Jameson e Baty. Nesse estudo, apesar de haver uma redução estatisticamente significativa dos valores de hemoglobina glicada (HbA1c) no grupo intervenção em relação ao grupo controle, os autores não esclarecem qual o método empregado para o atendimento dos pacientes, comprometendo a confiabilidade dos resultados (JAMESON; BATY, 2010).

Além do estudo descrito anteriormente, recentemente, Margolis e colaboradores publicaram estudo em que o farmacêutico acompanha o paciente por um ano, sendo a primeira consulta presencial e as demais por telefone. O paciente realiza medidas domiciliares de pressão arterial. Um dos objetivos do estudo é determinar se o acompanhamento farmacêutico associado à medida domiciliar da pressão arterial pode auxiliar pacientes no controle pressórico.

Os resultados encontrados foram positivos e apresentaram diferença estatisticamente significativa em favor do grupo intervenção. Apesar disso, os autores também não explicitam qual o método utilizado para o atendimento dos pacientes (MARGOLIS et al., 2013).

Medidas de efeito

O que esperar dos resultados de uma prática que surgiu para centrar as atenções do farmacêutico para a otimização das condições clínicas e da qualidade de vida das pessoas? Infelizmente, muitos estudos buscam comprovar a efetividade do serviço farmacêutico focando os resultados na identificação, classificação e resolução de PRM, como acima relatado. Esse tipo de resultado clínico por ser considerado um desfecho substituto (*surrogate endpoint*), não apresenta correlação direta com desfecho intermediário ou primordial. Portanto, no caso de doença cardiovascular, em estudos que consideram PRM como desfecho, não se demonstrou ser tal efeito capaz de reduzir a incidência dessas doenças (FUCHS; FUCHS, 2010).

É contraditório o resultado de uma prática que se diz centrada na pessoa, medir o efeito avaliando resultados focados na capacidade de atuação do profissional e não na resolução efetiva dos problemas dos pacientes. Deve-se dissociar a figura do farmacêutico como “caçador de PRM” e estimular esse profissional a avaliar os efeitos de seu trabalho com o mais importante: resultados clínicos avaliados por desfechos primordiais ou no mínimo intermediários, associados a desfechos com otimização de qualidade de vida a um custo econômico racional para a pessoa, e a comunidade financiadora de um sistema de saúde.

Observe-se, por exemplo, o estudo de Krska e colaboradores, que avalia a atenção farmacêutica para pacientes com mais de 65 anos, em que apresenta resultados positivos apenas nos fatores que avaliam o serviço do farmacêutico como número de problemas com medicamentos identificados e aceitação das recomendações do farmacêutico pela equipe médica. Quanto aos resultados que podem impactar na vida das pessoas, não há nenhuma diferença estatisticamente significativa na qualidade de vida, nos gastos com medicamentos e nem na utilização dos serviços de atenção primária (KRSKA et al., 2001). Nesse estudo quem é o grande beneficiado, o farmacêutico ou o paciente?

Resultados controversos

O número de estudos que suportam a tese de que a atenção farmacêutica é efetiva no auxílio ao tratamento de pacientes com diversas morbidades é grande. Há, porém, estudos que apontam piora dos pacientes que são atendidos por farmacêuticos.

O estudo de Holland e colaboradores, publicado em 2007, foi realizado com pacientes que sofriam de insuficiência cardíaca e foram atendidos em domicílio por farmacêuticos, obtendo um resultado deficiente. Os pacientes submetidos ao atendimento do farmacêutico apresentaram resultados clínicos inferiores aos daqueles que receberam atendimento usual (HOLLAND et al., 2007). Uma das hipóteses levantadas é de que, na realidade, o método foi centrado na doença e no uso de medicamentos e não na pessoa.

Em outro estudo, Holland e colaboradores realizaram pesquisa em que as pessoas que receberam alta hospitalar eram visitadas, em domicílio, por um farmacêutico que realizava a revisão dos medicamentos e orientava sobre a forma de utilização e cuidados com os medicamentos. Ao final do estudo, o grupo que recebeu o atendimento farmacêutico apresentou maior taxa de reinternação que o grupo controle e não houve diferença significativa na qualidade de vida e na taxa de mortalidade entre os dois grupos (HOLLAND et al., 2005).

Além desses exemplos, outros estudos relatam que o grupo de pacientes atendidos pelo farmacêutico não apresentou diferença nos resultados daqueles que receberam atendimento usual, sem a presença desse profissional. Dessa forma não se justifica expor uma pessoa a mais uma consulta e com um aumento de custos para o sistema de saúde. Também não interessa somente reduzir custos, sem saber se ocorreu desfecho clínico otimizado.

A equipe denominada *RESPECT Trial Team* realizou estudo a pedido do sistema de saúde do Reino Unido. O objetivo dessa pesquisa foi avaliar o custo-efetividade da atenção farmacêutica para pacientes com idade superior a 75 anos com prescrição de, ao menos, cinco medicamentos. Como conclusão os autores avaliaram que, apesar da atenção farmacêutica parecer ser custo-efetiva no Reino Unido, os resultados ainda são incertos, especialmente em longo prazo (BOJKE et al., 2010).

Em 2013, Leendertse e colaboradores publicaram estudo em que procuravam avaliar o efeito da atenção farmacêutica na redução de quatro aspectos: hospitalização decorrente de problemas relacionados com medicamentos, sobrevida dos pacientes, frequência de reações adversas e qualidade de vida dos pacientes. Como resultado, a intervenção proposta não apresentou benefício em nenhum dos desfechos estudados (LEENDERTSE et al., 2013).

Por fim, uma revisão sistemática, realizada por Patterson e colaboradores, avaliando intervenções que melhorariam a utilização de medicamentos em idosos polimedicados, concluiu que os benefícios clínicos da atenção farmacêutica para esse grupo de pacientes são incertos (PATTERSON et al., 2012).

O Quadro 3 apresenta oito estudos com resultados contraditórios em doenças crônicas recorrentes. O contraditório entre os estudos contribui, certamente, para a necessidade de um melhor planejamento na realização de pesquisas na área.

Quadro 3 – Estudos contraditórios sobre resultados clínicos de serviços farmacêuticos clínicos

| Autor(es) | Estudo | Resultado |
|----------------------------|--|--|
| SHU et al., 2009 | Condição: Osteoporose. Intervenção: Educação de pacientes e médicos. | Não houve diferença entre os grupos. |
| DOUCETTE et al., 2009. | Condição: Diabetes. Intervenção: Educação de pacientes e sugestão de alteração de tratamento à equipe médica quando necessário. | Não houve diferença entre os grupos. |
| HOLLAND et al., 2005 | Condição: Pacientes idosos. Intervenção: Educação do paciente e dos cuidadores, avaliação de reações adversas e interações. | Aumento das hospitalizações, não aumentou qualidade de vida, não diminuiu mortalidade. |
| TRILLER; HAMILTON, 2007 | Condição: Falência cardíaca. Intervenção: Atenção farmacêutica com visita domiciliar. | Não reduz morbidade, mortalidade e reinternação. |
| CARTER et al., 2009 | Condição: Hipertensão arterial. Intervenção: Recomendações de alteração na farmacoterapia à equipe médica. | Maior controle pressórico no grupo intervenção. |
| AL MAZROUI et al., 2009 | Condição: Diabetes. Intervenção: Atenção farmacêutica. | Melhora dos níveis glicêmicos e redução do risco cardiovascular. |
| GILLESPIE et al., 2009 | Condição: Pacientes com mais de 80 anos de idade. Intervenção: Atenção farmacêutica. | Reduz hospitalização, visitas a emergência e custos. |
| CARTER et al., 2009 | Condição: Hipertensão arterial. Intervenção: atendimento de farmacêutico e enfermeira. | Atendimento da equipe reduz os valores de pressão arterial. |

Fonte: Elaborado pelos autores.

Na base de dados de revisões sistemáticas Cochrane foram identificadas seis estudos que envolviam intervenções farmacêuticas. A seguir apresentamos as revisões encontradas.

A revisão de Blenkinsopp e colaboradores investiga o efeito de intervenções realizadas por farmacêuticos que atuavam em farmácias comunitárias na redução de comportamentos de risco e de fatores de risco para doenças cardiovasculares. Segundo os autores, a revisão fornece evidências de que o trabalho do farmacêutico comunitário contribui para a redução de riscos cardiovasculares, especialmente ligados a redução do tabagismo e ao controle lipídico. Porém, os revisores da Cochrane consideraram que o estudo apresenta inconsistências que comprometem sua qualidade e a extrapolação dos resultados. Os problemas

mais importantes citados foram: falta de clareza nos critérios de inclusão e exclusão de estudos, inclusão apenas de estudos que possuíam resumo em língua inglesa. A forma utilizada para avaliar a qualidade dos estudos incluídos não foi clara. O mais grave, apesar de os autores afirmarem que o trabalho do farmacêutico contribui para a redução do tabagismo, foi que dos dois ensaios clínicos randomizados sobre o tema incluídos, apenas um apresenta resultado positivo (BLENKINSOPP et al., 2003).

O estudo de Borenstein e colaboradores avaliou a efetividade e os custos de uma intervenção combinada de farmacêutico clínico e médico em uma população de pacientes hipertensos. O estudo apresentou bons resultados com maior número de pacientes com hipertensão controlada no grupo intervenção e redução de 11 mmHg na pressão sistólica do grupo intervenção quando comparados os valores do início e do final do estudo. Quanto aos custos, não houve diferença estatisticamente significativa. As principais críticas da Cochrane ao estudo são: elevado número de pacientes excluídos após a randomização, o que pode resultar em um viés de seleção, e o fato de os autores afirmarem que realizaram uma análise por intenção de tratar, quando na verdade somente consideraram a inclusão dos pacientes que completaram os estudos no resultado final (BORENSTEIN et al., 2003).

Wijk e colaboradores realizaram uma revisão sistemática para avaliar o efeito da intervenção de farmacêuticos comunitários na adesão de pacientes com doenças crônicas. Os autores concluíram que, até o momento da realização do estudo, não é possível identificar uma intervenção bem sucedida e que a qualidade dos estudos na área deve melhorar para que o objetivo seja alcançado (WIJK et al., 2005).

Evans e colaboradores publicaram revisão sistemática que buscava avaliar intervenção de farmacêuticos comunitários em pacientes diabéticos e ou com doenças cardiovasculares. Os autores concluíram que a maioria dos estudos incluídos apresentava um efeito positivo para os pacientes. Porém, os autores salientam que os estudos, em geral, possuíam qualidade metodológica ruim e nenhum deles estudava o impacto da intervenção em resultados clínicos de grande impacto (EVANS et al., 2011).

Morgado e colaboradores realizaram uma revisão sistemática com meta-análise com o objetivo de avaliar o efeito de intervenções de farmacêuticos na adesão ao tratamento anti-hipertensivo e no controle da hipertensão arterial sistêmica. Os resultados apontam que há uma melhor adesão, bem como melhor controle pressórico dos pacientes atendidos pelo farmacêutico. Entretanto, o estudo apresenta problemas que comprometem sua qualidade e a confiabilidade na conclusão dos autores. Os principais problemas apontados foram a heterogeneidade das intervenções e dos métodos utilizados nos estudos incluídos e a utilização de métodos de síntese de qualidade questionável (MORGADO et al., 2011).

Hatah e colaboradores realizaram revisão sistemática com o objetivo de avaliar o efeito da revisão de medicamentos realizada por farmacêuticos, mediante remuneração, nos resultados terapêuticos. Os autores concluíram que a intervenção foi benéfica para os pacientes, especialmente pela melhora nos valores da pressão arterial e dos níveis de colesterol, além de melhorar a taxa de hospitalização dos pacientes. Contudo, os revisores da Cochrane alertam que as bases científicas do estudo são superficiais, além de existir um potencial para viés no processo de revisão adotado, bem como há uma incerteza nos resultados encontrados. Desse modo, os resultados dos autores não são confiáveis (HATAH et al., 2014).

Outra revisão existente, realizada por Perez e colaboradores, identificou quinze estudos bem delineados que avaliavam o custo da intervenção do farmacêutico clínico. A conclusão desse estudo é que o serviço do farmacêutico clínico é custo-efetivo, sendo que para cada dólar investido há um retorno de 4,80 dólares na forma de redução de gastos gerais em saúde (PEREZ et al., 2009).

Dashti-Khavidaki e colaboradores realizaram um ensaio clínico randomizado com pacientes que realizavam hemodiálise. O objetivo do estudo foi avaliar o impacto da atenção farmacêutica na qualidade de vida desse grupo de pacientes. Como resultado o grupo atendido pelo farmacêutico apresentou um aumento estatisticamente significativo na qualidade de vida em comparação ao grupo controle (DASHTI-KHAVIDAKI et al., 2013).

Jarab e colaboradores estudaram o efeito da atenção farmacêutica em desfechos clínicos de pacientes com diabetes tipo 2. Um ensaio clínico foi realizado comparando os resultados em pacientes que receberam a intervenção farmacêutica com aqueles que receberam tratamento convencional. Os resultados apresentaram uma redução estatisticamente significativa na porcentagem de hemoglobina glicosilada dos pacientes do grupo intervenção. Além disso, foi observada uma redução estatisticamente significativa na glicemia capilar, nos valores de pressão arterial, no valor de colesterol total, no valor de triglicerídeos, além de melhora no autorrelato de adesão ao medicamento e do cuidado não medicamentoso (JARAB et al., 2012).

9.4 Com esses resultados devemos concluir que a atenção farmacêutica não funciona?

Não, pois como já foi mencionado, existem muitos estudos que suportam a tese de que a atenção farmacêutica é efetiva e pode trazer resultados positivos para pacientes e instituições. O que devemos refletir é sobre o quão amplo é o espectro de ação da atenção farmacêutica. O que ocorre é que nem todo paciente

necessita de auxílio para a tomada de seus medicamentos e existem aqueles que não estão interessados em uma consulta com mais um profissional. Essa situação nos ficou bastante clara no estudo de Simoni (2009). Nesse estudo, os pacientes que receberam atendimento usual (dispensação corriqueira de medicamentos), apresentaram melhores resultados nos níveis pressóricos do que aqueles atendidos segundo a prática do seguimento farmacoterapêutico. O grupo que teve os melhores resultados foi aquele atendido pela técnica de orientação farmacêutica. Como resultado, os autores concluíram que muitos pacientes selecionados para o grupo do seguimento farmacoterapêutico não tinham problemas com relação à farmacoterapia que justificassem essa prática. Além disso, por ser um atendimento mais demorado e que exigia o retorno do paciente a consulta em dias diferentes daqueles em que ele habitualmente comparecia a unidade para retirar seus medicamentos houve muitos casos de não comparecimento às consultas. Já os pacientes que eram atendidos pelo método da orientação farmacêutica, atendimento realizado no momento da retirada dos medicamentos, aceitaram melhor o atendimento e beneficiaram-se mais do atendimento farmacêutico.

Além disso, temos situações em que a governança do farmacêutico não é suficiente para solucionar os problemas que geram as dificuldades dos pacientes em lidar com sua farmacoterapia. Na realidade brasileira, um dos exemplos mais comuns dessa situação é a falta de medicamentos nas farmácias públicas. Quando o paciente não tem condições de adquirir o medicamento e o estado falha na obrigação de suprir essa necessidade, a atenção farmacêutica torna-se insuficiente.

Cabe ressaltar, também, que os vieses a que estão sujeitos os estudos que apresentam contribuições positivas da atenção farmacêutica, muitas vezes estão presentes nos estudos que trazem resultados contrários. Para citar um exemplo podemos destacar o estudo de Holland e colaboradores (2005) em que a atuação do farmacêutico se restringe a apenas duas visitas à casa dos pacientes em seis meses de estudo. Além disso, a análise dos dados não foi realizada por “intenção de tratar”.

9.5 O que devemos considerar daqui para frente?

Faz cerca de vinte anos que a mudança de paradigma foi proposta por Hepler e Strand. Em realidade é pouco tempo para consolidação de uma mudança radical na filosofia da prática farmacêutica e, por consequência, nos modelos e métodos de cuidado de pacientes. A proposta de mudança do modelo de medicina baseado no método biomédico para o método centrado na pessoa está a caminho e os dois métodos continuam coexistindo.

A nova filosofia de prática dos serviços farmacêuticos criou algumas tentativas de seguir caminho próprio, como a determinação de PRM e a resolução como desfecho, em vez de utilizar os mesmos desfechos utilizados por outros profissionais da saúde. Isso influenciou a pesquisa. Nos últimos dez anos nota-se aumento da qualidade das pesquisas e a existência de publicações que certamente serão o esteio para a produção de novas metanálises com resultados mais promissores.

Em vários países desenvolvidos inicia-se um processo de inclusão cada vez maior dos serviços farmacêuticos ao sistema de saúde. A Organização Pan-Americana da Saúde, dentro do contexto da renovação da Atenção Primária da Saúde, publicou importante documento em que relata a necessidade dos serviços farmacêuticos integrarem o cuidado prestado à comunidade, sendo necessário estudar a adaptação para cada sistema de saúde existente em cada país (OPAS, 2013).

Deve-se investir em educação permanente e na pós-graduação, tanto para a formação de pesquisadores como de profissionais qualificados. Incentivos à pesquisa qualificada em nível nacional também deve ser pauta das instituições universitárias e da categoria farmacêutica. Na realização de estudos aprofundados, um dos temas que urge é o desenvolvimento de indicadores de serviços farmacêuticos apropriados ao fazer da clínica farmacêutica e ao Sistema Único de Saúde (SUS). Mas esses indicadores necessitam ter um caráter universal, compreensível por qualquer pesquisador da área.

O contraditório dos resultados até o momento fornece material suficiente para a reflexão sobre os serviços prestados e a certeza de que se corrigir caminhos construindo outros que levem os serviços farmacêuticos a contribuir para a saúde e o bem-estar da comunidade. No horizonte, muito trabalho, mas a certeza de que resultados clínicos de qualidade, por meio de acordo com o usuário de medicamentos são possíveis.

Referências

- ABAURRE, R.; GARCIA-DELGADO, P.; MAURANDI, M. D.; ARREBOLA, C.; GASTELURRUTIA, M. A.; MARTINEZ-MARTINEZ, F. *Diseño y pilotaje de un proceso estructurado para el servicio de dispensación de medicamentos*. Atención Primaria. 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2014.01.005>>. Acesso em: 14 jul. 2014.
- AL MAZROUI, N. R.; KAMAL, M. M.; GHABASH, N. M.; YACOUT, T. A.; KOLE, P. L.; MCELNAY, J. C. Influence of pharmaceutical care on health outcomes in patients with type 2 diabetes mellitus. *British Journal of Clinical Pharmacology*, v. 67, n. 5, p. 547-557, 2009.

- ALBERT, A. R. Evaluación de un Programa de Atención Farmacéutica en pacientes sometidos a trasplante hepático. *Pharmaceutical Care España*, v. 12, n. 3, p. 99-109, 2010.
- BLINKINSOPP, A.; ANDERSON, C.; ARMSTRONG, M. Systematic review of the effectiveness of community pharmacy-based interventions to reduce risk behaviours and risk factors for coronary heart disease. *Journal of Public Health Medicine*, v. 25, n. 2, p. 144-153, 2003.
- BOJKE, C. et al. Cost-effectiveness of shared pharmaceutical care for older patients: RESPECT trial findings. *British Journal of General Practice*, v. 60, n. 570 p. 20-27, 2010.
- BORENSTEIN, J. E.; GRABER, G.; SALTIEL, E.; WALLACE, J.; RYU, S.; JACKSON, A.; DEUTSCH, S.; WEINGARTEN, S. R. Physician-pharmacist comanagement of hypertension: a randomized, comparative trial. *Pharmacotherapy*, v. 23, n. 2, p. 209-216, 2003.
- CARTER, B. L.; ROGER, M.; DALY, J.; ZHENG, S.; JAMES, P. A. The potency of team-based care interventions for hypertension – A meta-analysis. *Archives of Internal Medicine*, v. 169, n. 19, p. 1748-1755, 2009.
- DASHTI-KHAVIDAKI, S.; SHARIF, Z.; KHALILI, H.; BADRI, S.; ALIMADADI, A.; AHMADI, F.; GATMIRI, M.; RAHIMZADEH, S. The use of pharmaceutical care to improve health-related quality of life in hemodialysis patients in Iran. *International Journal of Clinical Pharmacy*, v. 35, n. 2, p. 260-267, 2013.
- DOUCETTE, W. R.; WITRY, M. J.; FARRIS, K. B.; McDONOUGH, R. P. Community pharmacist provided extended diabetes care. *Annals of Pharmacotherapy*, v. 43, n. 5, p. 882-889, 2009.
- EVANS, C. D.; WATSON, E.; EURICH, D. T.; TAYLOR, J. G.; YAKIWCHUK, E. M.; SHEVCHUKY, M.; REMILLARD, A.; BLACKBURN, D. Diabetes and cardiovascular disease interventions by community pharmacists: a systematic review. *Annals of Pharmacotherapy*, v. 45, n. 5, p. 615-628, 2011.
- FUCHS, S. C.; FUCHS, F. D. Métodos de investigação farmacológico-clínica. In: FUCHS, F. D.; WANNMACHER, L. *Farmacologia Clínica: fundamentos da terapêutica racional*. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010. p. 9-25.
- GILLESPIE, U.; ALASSAAD, A.; HENROHN, D.; GARMO, H.; HAMMARLUND-UDENAES, M.; TOSS, H. A comprehensive pharmacist intervention to reduce morbidity in patients 80 years or older: a randomized controlled trial. *Archives of Internal Medicine*, v. 169, n. 9, p. 894-900, 2009.
- GONZALEZ, J.; NOGA, M. Medication therapy management. *Journal of Managed Care Pharmacy*. v. 14, suppl S-c, p. S8-S11, 2008.
- GUÉRIN, A.; THIBAUT, M.; NGUYEN, C.; LEBEL, D.; BUSSIÈRES, J. F. Steps aimed at upgrading a pharmaceutical care sector: The case of surgery. *Annales Pharmaceutiques Françaises*, v. 72, n. 4, p. 267-286, 2014.
- GUYATT, G. H. et al. GRADE guidelines: 4. Rating the quality of evidence—study limitations (risk of bias). *Journal of Clinical Epidemiology*, v. 64, n. 4, p. 407-415, 2011.
- HAIDER, H.; KREPS, G. L. Forty years of diffusion of innovations: utility and value in public health. *Journal of Health Communication*, v. 9, p. 3-11, 2004.

- HATAH, E.; BRAUND, R.; TORDOFF, J.; DUFFULL, S. B. A systematic review and meta-analysis of pharmacist led fee-for services medication review. *British Journal of Clinical pharmacology*, v. 77, n. 1, p. 102-115, 2014.
- HEPLER C. D. A Dream Deferred. *American Journal of Health-System Pharmacy*, v. 67, p. 1319-1325, 2010.
- HEPLER, C. D.; STRAND, L. M. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. *American Journal of Hospital Pharmacy*, v. 47 n. 3, p. 533-543, 1990.
- HOLLAND, R. et al. Does home based medication review keep older people out of hospital? The HOMER randomised controlled trial. *British Medical Journal*, v. 330, n. 7486, p. 293, 2005.
- HOLLAND, R. et al. Effectiveness of visits from community pharmacists for patients with heart failure: HeartMed randomised controlled trial. *British Medical Journal*, v. 334, n. 7603, p. 1098, 2007.
- IVAMA, A. M.; NOBLAT, L.; CASTRO, M. S.; OLIVEIRA, N. V. B. V.; JARAMILLO, N. M. *Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica: proposta*. Brasília, 2002.
- JAMESON, J. P.; BATY, P. J. Pharmacist collaborative management of poorly controlled diabetes mellitus: a randomized controlled trial. *American Journal of Managed Care*. v. 16, p. 250-255, 2010.
- JARAB, A. S.; ALQUDAH, S. G.; MUKATTASH, T. L.; SHATTAT, G.; AL-QIRIM, T. Randomized controlled trial of clinical pharmacy management of patients with type 2 diabetes in an outpatient diabetes clinic in Jordan. *Journal of Managed Care Pharmacy*, v. 18, n. 7, p. 516-526, 2012.
- KRSKA, J. et al. Pharmacist-led medication review in patients over 65: a randomized controlled trial in primary care. *Age and Ageing*, v. 30, p. 205-211, 2001.
- LEENDERTSE, A. J. et al. Preventing hospital admissions by reviewing medication (PHARM) in primary care: an open controlled study in an elderly population. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, v. 38, n. 5, p. 379-387, 2013.
- MACHADO, M.; BAJCAR, J.; GUZZO, G. C.; EINARSON, T. R. Sensitivity of patient outcomes to pharmacist interventions. Part I: systematic review and meta-analysis in diabetes management. *The Annals of Pharmacotherapy*, v. 41, n. 10, p. 1569-1582, 2007a.
- MACHADO, M.; BAJCAR, J.; GUZZO, G. C.; EINARSON, T. R. Sensitivity of patient outcomes to pharmacist interventions. Part II: Systematic review and meta-analysis in hypertension management. *The Annals of Pharmacotherapy*, v. 41, n. 11, p. 1770-1781, 2007b.
- MARGOLIS, K. L. et al. Effect of home blood pressure telemonitoring and pharmacist management on blood pressure control. A Cluster Randomized Clinical Trial. *JAMA*, v. 310, n. 1, p. 46-56, 2013.
- MARZO-CASTILLEJO, M.; ALONSO-COELLO, A. Clasificación de la calidad de la evidencia y fuerza de las recomendaciones. *Atención Primaria*, v. 37, n. 1, p. 1-11, 2006.
- MORGADO, M. P.; MORGADO, S. R.; MENDES, L. C.; PEREIRA, L. J.; CASTELO-BRANCO, M. Pharmacist interventions to enhance blood pressure control and

adherence to antihypertensive therapy: review and meta-analysis. *American Journal of Health-System Pharmacy*, v. 68, n. 3, p. 241-253, 2011.

OPAS. Organización Panamericana de la Salud. Servicios farmacéuticos basados en la atención primaria de salud. *Documento de posición de la OPS/OMS*. Washington, DC: OPS, 2013.

OXFORD CENTRE FOR EVIDENCE-BASED MEDICINE. *Levels of Evidence* (March 2009). Disponível em: <<http://www.cebm.net/oxford-centre-evidence-based-medicine-levels-evidence-march-2009/>>. Acesso em: 10 jul. 2014.

PATTERSON, S. M.; HUGHES, C.; KERSE, N.; CARDWELL, C. R.; BRADLEY, M. C. *Interventions to improve the appropriate use of polypharmacy for older people*. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2012.

PEREZ, A. et al. ACCP: economic evaluations of clinical pharmacy services: 2001–2005. *Pharmacotherapy*, v. 29, n. 1, p. 128, 2009.

PROT-LABARTHE, S.; THERRIEN, R.; DEMANCHE, C.; LAROCQUE, D.; BUSSIERES, J. Pharmaceutical care in an inpatient pediatric hematopoietic stem cell transplant service. *Journal of Oncology Pharmacy Practice*, v. 14, p. 147-152, 2008.

ROGERS, E. M.; MEDINA, U. E.; RIVERA, M. A.; WILEY, C. J. Complex adaptive systems and the diffusion of innovations. *The Innovation Journal: The Public Sector Innovation Journal*, v. 10, n. 3, 2005.

SANTOS, A. M. Fatores influenciadores da adoção e infusão de inovações em TI. 2005.

SIMONI, C. R. *Avaliação do impacto de métodos de atenção farmacêutica em pacientes hipertensos não controlados*. 2009. 180 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Farmacêuticas) – Faculdade de Farmácia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2009.

SHU, A. D. et al. Adherence to osteoporosis medications after patient and physician brief education: post hoc analysis of a randomized controlled trial. *American Journal of Managed Care*, v. 15, n. 7, p. 417-424, 2009.

TRILLER, D. M.; HAMILTON, R. A. Effect of pharmaceutical care services on outcomes for home care patients with heart failure. *American Journal of Health-System Pharmacy*, v. 64, n. 21, p. 2244-2249, 2007.

WIJK, B. L.; KLUNGELO, H.; HEERDINKE, R.; BOER, A. Effectiveness of interventions by community pharmacists to improve patient adherence to chronic medication: a systematic review. *Annals of Pharmacotherapy*, v. 39, n. 2, p. 319-328, 2005.

FARMACOVIGILÂNCIA NOS SERVIÇOS FARMACÊUTICOS

Paulo Sérgio Dourado Arrais
Iane Franceschet de Sousa
Marlene Zannin

Inicia-se este capítulo com a charge de Ivan Cabral, na qual ele parodia o uso excessivo de medicamentos.

Figura 1 – Charge sobre uso excessivo de medicamentos



Fonte: Direitos de uso da imagem cedidos para utilização neste material didático.

Qual sensação temos ao ver esta figura?

É isso mesmo! Cada vez mais somos “invasos” por uma avalanche de medicamentos, cujas consequências nem sempre são positivas. Será que isso tem relação com a farmacovigilância? Com certeza!

O consumo excessivo de medicamentos ou o uso inadequado é uma das causas para o aparecimento de reações adversas, intoxicações, alergias, agravamento de doenças já existentes ou surgimento de novas doenças, além de outros problemas de saúde. Muitas vezes, isso constitui a causa de internações hospitalares e o aumento da mortalidade, gerando um impacto significativo nos gastos com saúde.

De acordo com Arrais (2009), existem alguns fatores que influenciam o consumo de medicamentos, como os listados a seguir:

- competição entre as indústrias do setor farmacêutico pelo mercado consumidor;
- número excessivo de medicamentos e especialidades farmacêuticas disponíveis no mercado, sendo que boa parte desses não apresenta eficácia e segurança comprovadas;
- propaganda de medicamentos direcionada à população e aos profissionais de saúde, induzindo à prescrição e ao consumo de medicamentos;
- excessivo número de farmácias/drogarias no Brasil;
- procura de farmácias/drogarias pelos usuários, para resolver seus problemas de saúde, sem antes procurar atendimento médico especializado;
- presença de medicamentos de venda isenta de prescrição;
- fácil acesso a medicamentos de venda sob prescrição médica e controle especial;
- dificuldade de acesso aos serviços médicos;
- venda de medicamentos fora do estabelecimento farmacêutico;
- distribuição da população segundo sexo e faixa etária, que pode influenciar no consumo de medicamentos;
- atitude dos usuários, que depositam grande confiança na cura de doenças pelo uso de medicamentos.

Por essas e outras circunstâncias, são identificadas situações que podem causar algum agravo à saúde dos usuários de medicamentos e que estão presentes em nosso meio. Como exemplos, citam-se a venda indiscriminada de medicamentos sem prescrição médica; a automedicação; a indicação de tratamento por balconistas de farmácia; a preferência por medicamentos de recente comercialização; o uso abusivo de medicamentos para emagrecimento, anabolizantes, psicotrópicos, “pílula do dia seguinte” e de produtos para tratar a

disfunção erétil. Também estão presentes a prescrição irracional a polimedicação e a não adesão ao tratamento prescrito ou o uso em desacordo com a prescrição, devido a falta de informação ou não compreensão das informações recebidas dos profissionais da saúde.

Ainda, o elevado consumo de medicamentos, em nosso meio, favorece o aparecimento de produtos falsificados. Além do que, os medicamentos são a segunda carga mais roubada em nosso território, perdendo apenas para os eletrodomésticos (ANÔNIMO, 2003).

A farmacovigilância não se restringe apenas ao estudo das reações adversas. Ela é uma atividade relevante em saúde pública, além de se constituir em uma ferramenta que avalia o risco-benefício dos medicamentos e as consequências na sua utilização, servindo como suporte instrumental para as atividades de vigilância sanitária.

10.1 Farmacovigilância: aspectos introdutórios

A farmacovigilância, como área de atuação, está inserida no campo da farmacoepidemiologia e esta, por sua vez, no campo mais amplo da epidemiologia. A farmacovigilância nasceu da preocupação com o uso de medicamentos, tornando-se alvo de investigação a partir do pós-guerra dos anos 1940 e do desenvolvimento industrial, quando os medicamentos passaram a ser utilizados como ferramenta terapêutica principal.

Segundo Laporte e Carné (1993), a farmacovigilância é o conjunto de métodos e técnicas, que tem por objetivo a identificação e a avaliação dos efeitos do uso, agudo ou crônico, do tratamento farmacológico no conjunto da população ou em subgrupos de usuários expostos a tratamentos específicos.

A OMS conceitua a farmacovigilância como a “ciência relativa à detecção, avaliação, compreensão e prevenção dos efeitos adversos ou quaisquer problemas relacionados a medicamentos” (WHO, 2002).

Entre os objetivos da farmacovigilância, destacam-se:

- identificar os efeitos indesejáveis, raros e desconhecidos, relacionados aos medicamentos;
- quantificar o risco desses efeitos;
- identificar fatores de risco e mecanismos subjacentes aos efeitos indesejáveis;
- informar e educar os acadêmicos e profissionais da saúde sobre os riscos e os problemas associados ao uso de medicamentos;
- informar e subsidiar as autoridades da área da saúde sobre os riscos e problemas associados ao uso de medicamentos;

- melhorar a atenção ao usuário e a segurança dele em relação ao uso do medicamento, assim como todas as intervenções médicas e paramédicas;
- contribuir para a avaliação das vantagens, da nocividade, da efetividade e dos riscos que podem apresentar os medicamentos.

De maneira geral, a farmacovigilância busca contribuir para a utilização segura, racional e mais eficaz dos medicamentos.

Acontecimentos históricos relacionados a problemas de segurança com medicamentos

No decorrer da história, foi possível verificar várias situações de uso de medicamentos que levaram a eventos adversos, alguns fatais, outros que deixaram sequelas. Para lembrar algumas situações, podem ser observados, no Quadro 1, alguns exemplos de problemas relacionados com medicamentos no decorrer dos últimos 70 anos.

Quadro 1 – Acontecimentos ocorridos nos últimos 70 anos relacionados a efeito adverso de medicamentos, por ano, medicamento e efeito produzido

| Ano | Medicamento | Efeito |
|------|---------------------------------|---|
| 1938 | Sulfanilamida | Intoxicação fatal por dietilenoglicol |
| 1961 | Talidomida | Focomelia |
| 1966 | Contraceptivos orais | Tromboembolismo |
| 1972 | Dietilestilbestrol | Carcinoma vaginal, malformações urogenitais |
| 1976 | Glafenina | Anafilaxia |
| 1979 | Triazolam | Psicoses, amnésia |
| 1981 | Cetoconazol | Hepatite |
| 1997 | Fenfluramina ou Dexfenfluramina | Lesões nas válvulas cardíacas |
| 2001 | Fenilpropranolamina | Derrame cerebral |
| 2001 | Cisaprida e Astemizol | Arritmia cardíaca |
| 2001 | Gangliosídeos | Síndrome de Guillan-Barré |
| 2001 | Cerivastatina | Rabdomiólise |
| 2004 | Rofecoxibe | Distúrbio cardiovascular |

Fonte: Elaborado pelos autores.

A partir da catástrofe da talidomida, na década de 1960, por exemplo, percebeu-se que os medicamentos podem ser nocivos e até fatais. Esse acontecimento foi muito importante para a criação de mecanismos regulatórios, posteriores à comercialização dos medicamentos.

Principalmente em relação aos novos medicamentos lançados no mercado, a atenção para a ocorrência de reações adversas deve ser redobrada. É verdade que, para os novos medicamentos, na maioria das vezes, as evidências científicas relacionadas à segurança apresentam pouca robustez.

As evidências de segurança na utilização de medicamentos são fundamentais para o processo de seleção e, por esse motivo, dificilmente medicamentos novos são incluídos na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais, a RENAME, que é referência para as listas estaduais e municipais.

Dessa forma, a atuação dos profissionais de saúde – principalmente dos farmacêuticos – nas Comissões de Farmácia e Terapêutica é fundamental para evitar a padronização de medicamentos com risco não totalmente conhecido ou evidências científicas insuficientes. Uma vez padronizados, o acesso a esses produtos de segurança duvidosa torna-se facilitado, podendo gerar problemas como reações adversas, intoxicações, óbitos, entre outros.

Desenvolvimento de medicamentos e farmacovigilância

Devemos nos questionar: por que temos que nos preocupar com a segurança dos novos medicamentos, se há testes clínicos, que são feitos antes desses produtos serem comercializados?

Atividade complementar: O filme *O jardineiro fiel*, de 2005, dirigido por Fernando Meirelles, é uma opção para os que têm interesse no tema da indústria farmacêutica e dos testes clínicos com medicamentos.

A preocupação com a monitoração dos efeitos adversos pós-comercialização advém das limitações, dos ensaios clínicos controlados, fase em que o medicamento é testado em seres humanos (LAPORTE; CAPELLÀ, 1989; ARRAIS, 1996; AMERY, 1999). Entre essas limitações destacam-se:

- participam poucos usuários: dezenas, centenas e, raramente, milhares;
- não participam crianças, gestantes e idosos;
- não participam usuários com mais de uma enfermidade, os que apresentam contraindicações potenciais e os polimedicados;
- não incluem indivíduos de diferentes etnias ou com diferentes condições socioculturais;
- existe um controle rígido, com peculiar relação entre o médico e o usuário;
- os critérios diagnósticos são, em geral, mais estritos;

- não permitem a identificação de reações adversas raras (menos de 1 entre 1000 usuários tratados);
- não permitem a identificação de reações que surgem após tratamento prolongado ou muito tempo depois de suspendê-lo;
- não permitem a identificação de reações que ocorrem em subgrupos específicos da população.

Apesar dessas limitações expostas, a partir dos ensaios clínicos, são produzidas as informações necessárias sobre eficácia e segurança do medicamento, que permitem a avaliação, pelas autoridades sanitárias, e posterior concessão do registro para comercialização do produto no país.

Entretanto, existem evidências de manipulação dos ensaios clínicos que reforçam, ainda mais, a necessidade de implementação de serviços de farmacovigilância. A entidade Acción Internacional por La Salud (2005) apontou exemplos de métodos utilizados para conseguir os resultados esperados em ensaios clínicos de um determinado medicamento:

- utilizar, para comparação, um medicamento que, sabidamente, apresente menor eficácia;
- utilizar, para comparação, doses mais baixas do que o tratamento padrão;
- utilizar doses mais altas do tratamento padrão (faz parecer que seu medicamento é de menor toxicidade);
- estudos pequenos que demonstram diferenças consideráveis entre os medicamentos comparados;
- uso de múltiplas fases de estudo para publicar aqueles resultados que são favoráveis no estudo;
- estudos multicêntricos para selecionar os resultados dos lugares onde o estudo foi favorável;
- publicação de resultados em revistas médicas financiadas pela indústria.

Outra preocupação está relacionada com a pressão das indústrias farmacêuticas no que diz respeito a mudanças na regulamentação de medicamentos, que podem expor, ainda mais, as pessoas a eventos adversos, uma vez que: medicamentos estão chegando cada vez mais cedo ao mercado (em fases preliminares de estudo); novos medicamentos estão sendo aprovados mais rapidamente e sem estudos mais longos sobre sua segurança; a globalização favorece o lançamento simultâneo em vários mercados; ocorre mudança de categoria legal de medicamento sob prescrição médica para isentos de prescrição (ISDB, 2005).

O Sistema Nacional de Vigilância de Eventos Adversos e de Queixas Técnicas dos Produtos sob Vigilância Sanitária – Vigipós, vinculado ao Núcleo de Gestão do Sistema Nacional de Notificação e Investigação em Vigilância

Sanitária (NUVIG), definiu como estratégias, para fortalecimento, a Rede Sentinela e o Programa Farmácias Notificadoras. Vinculadas ao NUVIG, são encontradas a Unidade de Farmacovigilância, a Unidade de Tecnovigilância e a Gerência de Vigilância em Serviços Sentinela.

No portal da Anvisa, na internet, estão disponíveis outras informações sobre o tema.

Observa-se que a importância da farmacovigilância para a saúde pública está relacionada à possibilidade de:

- identificação de reações adversas em indivíduos de etnias e/ou condições socioeconômicas e culturais, distintas dos ensaios clínicos controlados;
- identificação de reações adversas raras e/ou desconhecidas;
- identificação de fatores de risco e mecanismos subjacentes aos efeitos adversos;
- funcionar como importante instrumento na mudança dos padrões de utilização de medicamentos, saneamento do mercado farmacêutico, e de poder estimular a preocupação com a formação e educação permanente dos profissionais de saúde.

10.2 Reações Adversas a Medicamentos – RAM

Conceitos e classificação das reações adversas

Na farmacovigilância, costuma-se trabalhar com terminologias como evento adverso, efeito adverso e reação adversa.

Segundo Edwards e Biriell (1994), **evento adverso** é “qualquer insucesso médico que pode apresentar-se durante o tratamento com um produto farmacêutico, mas que não tem necessariamente uma relação de causalidade com tal tratamento”. Qualquer suspeita envolvendo medicamento e um efeito adverso atribuído a ele pode ser chamado de evento adverso.

Já, a **reação adversa** é conceituada pela Organização Mundial da Saúde como “qualquer efeito prejudicial ou inesperado que se apresente após a administração das doses normalmente utilizadas no homem para a profilaxia ou diagnóstico, ou o tratamento de uma enfermidade.”

Alguns autores e instituições consideram essa definição muito limitada; por isso a ampliaram, para envolver outra gama de problemas ocasionados pelos medicamentos.

Assim, a American Society of Health-System Pharmacists (ASHP) define reação adversa a medicamento (RAM) como:

[...] qualquer resposta inesperada, não intencional, indesejável, excessiva de um fármaco, que necessita sua interrupção, a mudança na terapêutica, a modificação da dose, o internamento ou prolongamento da permanência no hospital, necessita tratamento de suporte, afeta o prognóstico, resulta em dano ou incapacidade temporária ou permanente, ou a morte. (ASHP, 1995, p. 418).

O Food and Drug Administration (FDA) define RAM como:

[...] qualquer experiência associada com o uso de um fármaco, seja ou não considerada relacionada com o fármaco, e inclui qualquer efeito colateral, dano, toxicidade, hipersensibilidade, ou carência de uma ação farmacológica esperada. (ASHP, 1995, p. 418).

As definições apresentadas se relacionam, diretamente, com o tipo e o modo como são classificadas as reações adversas. Segundo Laporte e Capellà (1993), as RAM podem ser classificadas, quanto ao mecanismo de produção, em dependentes do fármaco e dependentes de características do usuário; e quanto ao impacto na saúde, em tipo A ou tipo B (RAWLINS; THOMPSON, 1991). Veja isso, mais detalhadamente, nos Quadros 2 e 3, na sequência:

Quadro 2 – Tipos de reações adversas a medicamentos quanto ao mecanismo de produção

| Mecanismo de produção | Tipos de efeitos indesejáveis | Explicação | Exemplo |
|--|-------------------------------|--|---|
| Dependentes do fármaco | Sobredose relativa | Ocorre com dose habitual ou com concentração anormal | Usuários com insuficiência renal tratados com aminoglicosídeos possuem mais chance de desenvolver surdez |
| | Efeitos colaterais | Inerentes à ação farmacológica do fármaco | Alterações no metabolismo hidroeletrólítico causado pelo uso contínuo de corticoides |
| | Efeitos secundários | Consequência do efeito buscado | Antimicrobianos podem provocar alteração da flora bacteriana intestinal |
| Dependentes das características do usuário | Reações de hipersensibilidade | Sua ocorrência necessita da sensibilização prévia do usuário e da mediação de mecanismo imunitário | Uso de penicilinas e ocorrência de choque anafilático |
| | Reações de idiossincrasia | Em geral são de base genética | Uso de dapsona e sulfonamidas em usuários com déficit de glicose-6-fosfato desidrogenase pode gerar quadro de anemia hemolítica |
| | Tolerância | Uso contínuo ou crônico de fármaco e a diminuição progressiva do efeito | Uso de benzodiazepínicos, opioides, anticonvulsivantes, entre outros |

Fonte: Elaborado pelos autores.

Quadro 3 – Tipos de reações adversas a medicamentos quanto ao impacto na saúde

| Características | Tipo A | Tipo B |
|-----------------|-----------------------------------|------------------------------------|
| Sinônimos | Efeito exagerado, dose-dependente | Efeito bizarro, dose-independente |
| Mecanismo | Conhecido | Desconhecido |
| Incidência | Alta (70%) | Baixa (30%) |
| Morbidade | Moderada | Severa |
| Mortalidade | Baixa | Alta |
| Causas | F, FC, FD* | F, FC, FD* (genética, imunológica) |
| Tratamento | Ajuste dose | Interrupção |
| Prevenção | Ajuste dose | Evitar o uso |

*F: fármaco; FC: farmacocinética e FD: farmacodinâmica

Fonte: Adaptado de Gharaibeh et al. (1998); Naranjo; Busto (1992).

De maneira geral, as RAM podem afetar a qualidade de vida do usuário; prejudicar a adesão do usuário ao tratamento; influenciar na perda de confiança do usuário para com o médico; aumentar custos com tratamento e necessidade de hospitalização ou prolongar a hospitalização e aumentar o custo do internamento; além de aumentar a morbidade e mortalidade.

Quanto à gravidade, as RAM podem ser classificadas em leve, moderada, grave e fatal. A **RAM leve** é atribuída às reações de pouca importância e curta duração, que podem requerer tratamento, mas não afetam, substancialmente, a vida normal do usuário. São exemplos: a diarreia, a náusea, a cefaleia leve, as erupções eritematosas, a urticária aguda etc. A **RAM moderada** altera a atividade normal do usuário e pode provocar hospitalização, atenção em serviços de urgência ou falta às atividades laborais ou educacionais. São exemplos: efeitos de medicamentos que causam a hepatite, a pancitopenia, o parkinsonismo, a distonia aguda, as convulsões etc. A **RAM grave** é aquela que ameaça diretamente a vida do usuário. São exemplos: a agranulocitose, o choque anafilático, o tromboembolismo pulmonar etc.

Os fatores de risco associados à RAM estão relacionados, entre outros, ao próprio medicamento (características físico-químicas, características da formulação, dose, velocidade de infusão e via de administração), a variáveis fisiológicas (idade, sexo, estado nutricional, gravidez) e patológicas do usuário (doenças crônicas, doenças concomitantes, insuficiências hepática e renal, predisposição genética e antecedentes alérgicos), a situações de exposição ao meio ambiente e a hábitos sociais (álcool, fumo, bebidas com cafeína, alimentos) e culturais (automedicação e uso de remédios caseiros).

No que diz respeito a exposições ambientais, os pesticidas (inseticidas, raticidas, fungicidas, herbicidas e fumigantes) podem contribuir para a degradação

e modificação de funções elementares do organismo humano, o que pode predispor o indivíduo a reações adversas quando do uso de medicamentos (DIAS et al., 2001), pois os mesmos são indutores da atividade do sistema microsomal P450, interferindo em seu próprio metabolismo e no de outros fármacos.

Outros fatores de risco associados à RAM poderiam ser:

- a dificuldade de obtenção de informações confiáveis sobre os medicamentos e sua utilização inadequada;
- a polimedicação;
- o risco de interações medicamentosas;
- o aconselhamento com balconistas de farmácia e/ou compra em locais não autorizados e mercado negro;
- a prescrição irracional: fármaco(s) e/ou posologia(s), inadequado(s) ou desnecessário(s) para o usuário/doença;
- a manipulação incorreta: medicação de liberação prolongada ou com proteção gastrointestinal (tamponados);
- o uso incorreto da medicação: não compreensão do tratamento, perda da memória, deficiência visual, estados de confusão.

É também interessante observar que várias doenças ou agravos à saúde que conhecemos podem ter sua origem na exposição prévia a medicamentos. No Quadro 4, apresentamos alguns exemplos:

Quadro 4 – Doenças ou agravos à saúde com origem na exposição prévia a medicamentos

| Fármacos | Agravos à saúde |
|---|------------------------|
| Flunarizina, cinarizina, β adrenérgicos, retinoides, bloqueadores dos canais de cálcio, anfetaminas | Depressão |
| Teofilina, agonistas β adrenérgicos, fluoroquinolonas, antidepressivos, ISRS (fluoxetina e similares) | Ansiedade e Insônia |
| Flunarizina, cinarizina, antipsicóticos, metoclopramida | Parkinsonismo |
| Ácido acetilsalicílico em altas doses, macrólidos, indometacina | Vertigem-instabilidade |
| Ácido acetilsalicílico em altas doses, macrólidos, indometacina | Retenção urinária |
| Diuréticos, benzodiazepínicos, bloqueadores β adrenérgicos α_1 | Incontinência urinária |
| Diuréticos poupadores de potássio, bloqueadores β adrenérgicos, digitálicos, inibidores da enzima conversora da angiotensina, heparinas | Hiperpotassemia |
| Uso crônico de analgésicos | Cefaleia |
| Ergotaminas, dopamina, bromocriptina, alguns bloqueadores β adrenérgicos | Isquemia periférica |

| Fármacos | Agravos à saúde |
|--|--|
| Corticoides | Cataratas |
| Aminoglicosídeos, macrólidos, furosemida, salicilatos em altas doses | Surdez |
| Benzodiazepínicos, antidepressivos (tricíclicos, inibidores seletivos da recaptção de serotonina), antipsicóticos, anti-histamínicos H1 sedantes, analgésicos opiáceos | Quedas, acidentes de trânsito, de trabalho |
| Inibidores das proteasas, diuréticos tiazídicos em altas doses, pentamidina | Hiperglicemia e descompensação da diabetes |
| Diuréticos tiazídicos, antidepressivos, benzodiazepínicos, bloqueadores β adrenérgicos | Impotência |

Fonte: Instituto Catalá de Farmacologia (1999).

Portanto, nunca se devem descartar as suspeitas de que um medicamento possa ter causado transtornos ao usuário. Para tal, deve-se proceder com uma anamnese farmacológica cuidadosa.

Excipientes com potencial para indução de reações adversas

Falando em suspeita, alguns excipientes, utilizados nas formulações farmacêuticas, podem ser responsáveis pela origem de reações adversas após sua ingestão. Daí a importância de estarmos atentos também à composição do produto.

Leitura complementar: No texto de Silva, Arrais, Gonçalves e Vale, intitulado *Presença de excipientes com potencial para indução de reações adversas em medicamentos comercializados no Brasil*, publicado na *Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas*, em 2008, pode-se ter uma ideia dessa situação.

Reações adversas a plantas medicinais e fitoterápicos

Outro tópico importante é o uso, pela população, de plantas medicinais e fitoterápicos, que têm boa aceitação e está em ascensão no país. E quem disse que plantas medicinais e fitoterápicos estão isentos de efeitos indesejados?

Leitura complementar: O texto de Silveira, Bandeira e Arrais, intitulado *Farmacovigilância e reações adversas às plantas medicinais e fitoterápicos: uma realidade*, publicado na *Revista Brasileira de Farmacognosia* (2008), deixa bem clara a possibilidade desse risco.

Há uma infinidade de fatores que podem desencadear uma reação adversa. Essas reações podem ser originadas a partir de características do próprio fármaco, ou, então, do usuário. A gravidade e o impacto na saúde do indivíduo variam de reação para reação. Até os excipientes utilizados na produção de um determinado medicamento podem resultar no surgimento de uma RAM. Tendo em vista o panorama estudado, a atuação do farmacêutico na detecção e no manejo de reações adversas a medicamentos é de fundamental importância.

10.3 Intoxicações humanas por medicamentos

A problemática do uso irracional de medicamentos pode levar a sérias consequências, uma delas está relacionada com o risco de intoxicações. Para contextualizar este tema, vamos acompanhar as estatísticas dos Centros de Informação e Assistência Toxicológicas do Brasil (CIAT).

De acordo com o Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas, o SINITOX, em 2010, dos casos de intoxicação registrados no Brasil, os principais agentes em seres humanos foram:

- 1º lugar: medicamentos (26,85%);
- 2º lugar: animais peçonhentos (19,62%);
- 3º lugar: domissanitários (11,17%).

Os medicamentos são a principal causa de intoxicações em humanos, desde 1996. O gráfico, a seguir, aponta a evolução temporal dos casos de intoxicação por medicamentos, entre os anos de 1999 e 2009.

Gráfico 1 – Evolução temporal de casos de intoxicações por medicamentos no Brasil



Fonte: Sinitox (2010).

Em relação à faixa etária, os medicamentos são os agentes tóxicos que lideram as intoxicações em crianças menores de 5 anos, em jovens de 15 a 19 anos e em adultos de 20 a 39 anos. Quanto ao sexo, as mulheres são as mais acometidas.

Imagine o impacto deste fato na saúde pública. Na maioria das vezes, as intoxicações ocorrem de forma acidental, seguida das tentativas de suicídio. Além disso, quase sempre um usuário intoxicado exige cuidados extremos e hospitalização. Do total de intoxicações por medicamentos, registradas em 2008, apenas 36,9% dos casos evoluíram para cura, 20,6% não evoluíram para a cura (sequelas e/ou óbito) e 42,4% não possuíam registro da evolução. Esses dados demonstram que a situação é grave, pois parte da população que sofre intoxicação por medicamentos torna-se permanentemente dependente dos serviços de saúde, exigindo uma estrutura médico-hospitalar efetiva, e, como consequência, aumentando os custos do setor saúde e prejudicando seriamente a qualidade de vida do usuário.

Atividade complementar: Um vídeo desenvolvido para o *Curso de Gestão da Assistência Farmacêutica – EaD* trata da temática da intoxicação de medicamentos com a entrevista da Dra. Marlene Zannin, supervisora do CIAT de Santa Catarina. O vídeo está disponível no link: <<https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/1989>>.

Outro fator importante é a subnotificação. As ligações ou o encaminhamento dos usuários aos CIAT é voluntária. Por outro lado, boa parte dos usuários com intoxicações leves não procuram os serviços de saúde, não sendo, desse modo, computados na estatística. Além disso, percebe-se que o processo de notificação é falho, deixando lacunas (como no caso da evolução não registrada).

Para melhorar o registro dos casos de intoxicações atendidos pelos CIAT, a Associação Brasileira de Centros de Informação e Assistência Toxicológica – ABRACIT – implantou, em 2012, um sistema informatizado em todos os Centros – DATATOX. Esse é o Sistema Brasileiro de Registro de Intoxicações dos Centros de Informação e Assistência Toxicológica, o qual permite a harmonização das informações e o detalhamento dos medicamentos envolvidos. Além disso, permite diferenciar problemas relacionados à superdosagem daqueles relacionados com a dose terapêutica e outros erros relacionados aos medicamentos.

Segundo a Portaria GM/MS nº 104, de 25 de janeiro de 2011, as intoxicações passaram a fazer parte dos agravos de notificação compulsória no Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN e devem ser notificadas pelo

serviço de saúde que prestou o atendimento. Dessa forma, pode-se avaliar o impacto dessa medida em relação aos medicamentos.

Dentre os fatores que contribuem para o aumento significativo no número de intoxicações por medicamentos, a cada ano, estão aqueles como a propaganda de medicamentos e a prática da automedicação. De acordo com Margonato e colaboradores (2008), outro fator que interfere no aumento do número de acidentes com medicamentos, gerando quadros de intoxicação, principalmente em crianças, é a utilização abusiva de embalagens atraentes, medicamentos coloridos e adoçados, com sabor de frutas e formato de bichinhos. O ideal é manter os medicamentos longe do alcance de crianças, realizar o descarte adequado de produtos que não serão mais utilizados e/ou que estejam vencidos; bem como manter os medicamentos dentro da sua embalagem original. Esses são cuidados simples, mas muitas vezes não executados, o que facilita a ocorrência de uma situação que poderia ser evitada, ou seja, o uso acidental de medicamentos.

Leitura complementar: Para conhecer mais sobre o assunto, é sugerida a leitura do texto de Margonato e colaboradores, intitulado *Determinantes nas intoxicações medicamentosas agudas na zona urbana de um município do Sul do Brasil*, publicado no periódico *Cadernos de Saúde Pública* (2008).

Outra sugestão é o artigo de Galdolfi e Andrade, intitulado *Eventos toxicológicos relacionados a medicamentos no estado de São Paulo*, publicado na *Revista de Saúde Pública* (2006).

Tendo em vista o panorama apresentado, há necessidade de refletir sobre como a farmacovigilância pode contribuir para minimizar a problemática das intoxicações por medicamentos.

Se a farmacovigilância busca contribuir para a utilização segura, racional e mais eficaz dos medicamentos, ela pode atuar subsidiando os profissionais de saúde com ferramentas, que auxiliem na minimização dos problemas gerados a partir do uso irracional de medicamentos, como as intoxicações. Uma das ferramentas mais importantes é a notificação de casos suspeitos de reações adversas e queixas técnicas.

10.4 Métodos aplicados à farmacovigilância

Na farmacovigilância existem vários métodos que podem ser empregados para a identificação de reações adversas a medicamentos. Alguns geram hipóteses das ocorrências de casos e são do tipo descritivo (comunicações a revistas médicas,

notificação voluntária, estudos das estatísticas de morbimortalidade), e outros são empregados para a confirmação dessas hipóteses e se valem de estudos do tipo analítico (experimental ou observacional: caso controle ou coorte).

Notificação de Reações Adversas e Queixas Técnicas de Medicamentos

O mais empregado na farmacovigilância é a notificação voluntária ou espontânea de casos suspeitos de RAM e queixas técnicas. Entre as vantagens desses métodos, podem ser citadas: detecta reações adversas de baixa frequência; gera sinais de alerta, que, segundo Edwards e Biriell (1994), é a “Comunicação de uma possível relação de causalidade entre um evento adverso e um fármaco, quando esta relação era previamente desconhecida ou documentada de forma incompleta”; não interfere nos hábitos de prescrição; permite um rápido envolvimento dos profissionais de saúde; abrange todo o período de vida do medicamento no mercado; é de fácil aplicação e de baixo custo. No que diz respeito às desvantagens, esses métodos podem favorecer uma subnotificação de casos; apresentar incapacidade para estabelecer incidências; favorecer uma notificação seletiva: reações agudas, conhecidas e envolve fármacos de recente comercialização.

O método de notificação voluntária/espontânea utiliza um formulário básico, pelo qual são coletadas as seguintes informações:

- identificação do usuário e do notificador, mantidas totalmente confidenciais;
- fármaco(s) suspeito(s) (nome comercial e genérico, laboratório, via de administração, dose, data do início e fim do tratamento, indicação do uso);
- outros fármacos utilizados (incluindo automedicação);
- natureza, localização, características e gravidade dos sintomas da reação adversa suspeita, início e tempo de duração da reação; e
- outros dados relevantes (fatores de risco).

Desse processo voluntário podem participar médicos, farmacêuticos, enfermeiros, dentistas, outros profissionais de saúde e os próprios usuários. Da mesma forma, a indústria farmacêutica também tem a responsabilidade de comunicar os casos que chegam ao seu conhecimento. Podem ser comunicados casos suspeitos de eventos que põem em perigo a vida do usuário; produzidos por fármacos de recente comercialização; que provoquem reações fatais ou efeitos irreversíveis; que provoquem ou prolonguem internamento; que induzam a malformações congênitas. Entretanto, para aqueles que estão interessados em desenvolver tal método e empregar os instrumentos desenhados para avaliar os casos suspeitos, vale a pena trabalhar na avaliação de casos possivelmente comuns, principalmente para aprimorar o método.

Os motivos que pesam na decisão do médico para não notificar casos, segundo estudo realizado por Belton (1997), são:

- a) crença de que só se permite comercializar fármacos seguros;
- b) medo de sofrer denúncias por parte dos usuários;
- c) sentir-se culpado pelo dano que o tratamento causou ao usuário;
- d) interesse pessoal de publicar casos;
- e) não saber da existência do sistema;
- f) medo de notificar simples suspeitas;
- g) letargia, uma mistura de falta de tempo, falta de fichas e outras desculpas.

Numa situação de suspeita de reação adversa por determinado medicamento, a relação entre o início da RAM e o início da utilização do medicamento, chamada de relação de causalidade, é de suma importância.

Para avaliar a relação de causalidade dos casos suspeitos, podem ser empregados os seguintes parâmetros:

- Houve intervalo adequado entre o uso do medicamento e o evento?
- A reação pode ser explicada pelo quadro clínico ou por outro fármaco/excipientes?
- As propriedades farmacológicas do medicamento podem explicar o evento?
- Existem evidências na literatura que tenha descrito este evento ou algum quadro semelhante?
- Suspendeu-se a medicação?
- Melhorou ao suspender a medicação?
- Houve reexposição?
- Houve reaparecimento da reação após a reexposição?

Outros dados importantes e que podem ajudar na avaliação são: resultados laboratoriais, estudo das interações medicamentosas ou com alimentos, confirmação do diagnóstico inicial, hábitos sociais, automedicação etc.

Para garantir o sucesso do método de notificação voluntária é necessário sensibilizar os profissionais de saúde e usuários; distribuir a ficha de notificação, o folheto informativo e os boletins; ter esquema definido para coleta das notificações ou busca ativa de casos e dar retorno aos notificadores, agradecendo a participação e enviando conclusões sobre a avaliação do caso.

Antes de iniciar o processo de avaliação é necessário verificar a qualidade da notificação, observando se o preenchimento foi adequado (fonte da informação, clareza, campos não preenchidos), a qualidade do diagnóstico, a necessidade de informações complementares e a necessidade de acompanhamento do caso.

Nesse processo, são empregados alguns métodos de classificação/codificação recomendados pela OMS, como:

- a) A classificação dos medicamentos: *Anatomical Therapeutic Chemical Classification* (ATC-WHO). Consulte a página: <www.whocc.no/atcddd>.
- b) A classificação das reações adversas: *Adverse Drug Reaction* (ADR-WHO).
- c) A classificação das doenças para as quais os medicamentos estão sendo empregados: Código Internacional de Doenças (CID).
- d) Algoritmos para classificar a relação de causalidade. A OMS tem seu próprio algoritmo: caso definido, provável, possível, improvável, condicional/não classificável.
- e) A classificação da gravidade: leve, moderada, grave e letal.

Os Quadros 5 e 6 apresentam a classificação das RAM, segundo a metodologia preconizada pela OMS – Avaliação da causalidade e gravidade. A compreensão desses itens é importante para subsidiar suas ações no processo de detecção de reação adversa.

Quadro 5 – Classificação das RAM, segundo a metodologia preconizada pela OMS – Avaliação da causalidade

| Avaliação da causalidade | |
|--------------------------|--|
| Definida | Um evento clínico, incluindo anormalidades de exames laboratoriais, ocorrendo em um espaço de tempo plausível em relação à administração do medicamento, e que não pode ser explicado pela doença de base ou por outros medicamentos ou substância química. A resposta da retirada do medicamento deve ser clinicamente plausível. O evento deve ser farmacologicamente ou fenomenologicamente definido, utilizando um procedimento de reintrodução satisfatória, se necessário. |
| Provável | Um evento clínico, incluindo anormalidades de exames laboratoriais, com um tempo de sequência razoável da administração do medicamento, com improbabilidade de ser atribuído à doença de base ou por outros medicamentos ou substância química, e que requer uma resposta clinicamente razoável, após a retirada. A informação de reintrodução não é necessária para completar esta definição. |
| Possível | Um evento clínico, incluindo anormalidades de exames laboratoriais, com um tempo de sequência razoável da administração do medicamento, mas que poderia também ser explicado pela doença de base ou por outros medicamentos ou substâncias químicas. A informação sobre a retirada do medicamento pode ser ausente ou ser claramente conhecida. |

| Avaliação da causalidade | |
|-----------------------------------|---|
| Improvável | Um evento clínico incluindo anormalidades de exames laboratoriais, com relação de tempo com a administração do medicamento que determina uma improvável relação causal, na qual outros medicamentos, substâncias químicas ou doenças subjacentes fornecem explicações plausíveis. |
| Condicional/ Não classificável | Um evento clínico incluindo anormalidades de exames laboratoriais, relatados como um evento adverso, sobre o qual é essencial mais dados para uma avaliação apropriada ou os dados adicionais estão sob observação. |

Fonte: Arrais; Fonteles; Coelho (2005).

Quadro 6 – Classificação das RAM segundo a metodologia preconizada pela OMS – Avaliação da gravidade

| Avaliação da gravidade | |
|------------------------|---|
| Leve | Reação de pequena importância clínica e de curta duração, podendo requerer tratamento, não afetando substancialmente a vida do usuário. |
| Moderada | Reação que altera as atividades habituais do usuário, resultando em incapacidade transitória sem sequelas, podendo causar falta ao trabalho ou à escola e podendo exigir atendimento em serviço de saúde. |
| Grave | Reação que ameaça diretamente a vida do usuário, provoca hospitalização e pode causar sequelas permanentes. |
| Letal | Reação que resulta em óbito. |

Fonte: Capellà et al. (1988); Coelho et al. (1999); WHO (2002).

As informações geradas pela notificação voluntária possuem grande utilidade para as autoridades sanitárias, os profissionais de saúde e a sociedade, já que auxiliam na regulamentação dos medicamentos (autorização de registro, modificação de bulas, retirada de produtos do mercado, restrição do uso, instruções para o melhor uso do fármaco); são utilizadas para informar e educar estudantes, profissionais da saúde e os próprios usuários; subsidiam a Comissão de Farmácia e Terapêutica; são utilizadas na elaboração de materiais técnico-científicos e educativos, publicação de boletins, artigos científicos, livros etc.

São, ainda, questões relevantes para a farmacovigilância: desvio da qualidade de produtos farmacêuticos; erros de administração de medicamento; notificações de perda da eficácia; uso de fármacos para indicações não aprovadas, que não possuem base científica adequada; intoxicação aguda ou crônica por produtos farmacêuticos; avaliação de mortalidade; abuso e uso errôneo de produtos; interações, com reações adversas, de fármacos com substâncias químicas, outros fármacos e alimentos.

Outro tipo de notificação é a **queixa técnica** ou o **desvio de qualidade**, feita pelo profissional de saúde quando observado um afastamento dos parâmetros de qualidade, exigidos para a comercialização ou aprovação no processo de registro de um produto farmacêutico, ou seja, qualquer problema relacionado com a qualidade do produto medicamentoso, como, por exemplo, falta de eficácia terapêutica, presença de corpo estranho, dificuldade na reconstituição, diluição, alteração ou adulteração evidente (mudança das características organolépticas: cor, odor ou sabor) do produto (ARRAIS et al., 1999).

Para a correta notificação de casos de queixa técnica ou desvio de qualidade é importante informar: o nome do produto (comercial ou genérico); o laboratório produtor; a data de fabricação e validade; o número do lote; a descrição do problema.

Passo a Passo para fazer uma notificação de RAM e/ou desvio de qualidade

- Passo 1** A partir de um caso suspeito de evento adverso, acesse a página do Notivisa no portal da Anvisa.
- Passo 2** Para ter acesso ao sistema Notivisa, é necessário se cadastrar (acessar o cadastro na barra horizontal superior da página). Se já for cadastrado, é só acessar o sistema digitando usuário e senha.
- Passo 3** Selecionar o produto/motivo da notificação.
- Passo 4** O formulário é simples e contém cinco abas para serem preenchidas: sobre o evento adverso, sobre os medicamentos/empresa, sobre o usuário, outras informações e pendências.
- Passo 5** Após o preenchimento, envie a notificação. Todas as notificações são mantidas em sigilo e podem ser acompanhadas pelo sistema.

Qualquer cidadão pode acessar o Notivisa e encaminhar uma notificação de evento adverso? Sim. Do mesmo modo, o acesso pode ser feito por meio da página principal do endereço eletrônico da Anvisa, no ícone à direita “Notificação – Notivisa”, sem necessidade de efetuar cadastro.

Este é um mecanismo importante, criado pela Anvisa com a função de:

- subsidiar o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS) para identificar reações adversas ou efeitos não desejados dos produtos;
- aperfeiçoar o conhecimento dos efeitos dos produtos e, quando indicado, alterar recomendações sobre seu uso e cuidados;
- regular os produtos comercializados no país e, de forma geral, promover ações de proteção à Saúde Pública.

É importante que os profissionais de saúde, que lidam diretamente com uso de medicamentos – como farmacêuticos, médicos, odontólogos e enfermeiros – conheçam e utilizem o Notivisa.

Leitura complementar: Para saber um pouco mais sobre as boas práticas de análise e gestão de risco em farmacovigilância, sugere-se a leitura do *Guia de boas práticas de farmacovigilância para as Américas*, elaborado pela Organização Pan-Americana da Saúde em 2011.

O Ministério da Saúde por intermédio da Portaria GM nº 529, de 1º de abril de 2013, instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), visando estabelecer medidas que aumentem a segurança do paciente e a qualidade dos serviços de saúde. Uma das estratégias do PNSP tem a ver com a Farmacovigilância, pois aponta para a necessidade da implementação sistemática de vigilância e monitoramento de eventos adversos na assistência à saúde.

Histórico das ações de farmacovigilância no Brasil

Desde 2005, o Brasil participa do Programa Internacional de Monitorização de Reações Adversas a Medicamentos, da Organização Mundial da Saúde. Esse programa foi criado em 1968 e conta com a colaboração do Centro Internacional de Monitorização *The Uppsala Monitoring Centre* (www.who-umc.org). Mais de 110 países participam oficialmente do programa e 32 são associados (consulta em 1º/7/2013). Em abril de 2013, o sistema contava com mais de 8 milhões de casos notificados.

No Brasil, o Centro Nacional de Monitorização de Medicamentos se encontra na Unidade de Farmacovigilância da Anvisa, a qual recebe as notificações encaminhadas por hospitais sentinela, farmácias notificadoras, indústrias farmacêuticas e Centros de Farmacovigilância Estaduais, bem como usuários de medicamentos.

Atividade complementar: Para saber um pouco mais sobre a criação e a estruturação da farmacovigilância no Brasil, a atual chefe do Núcleo de Gestão do Sistema Nacional de Notificação em Vigilância Sanitária (NUVIG) da Anvisa, a farmacêutica Maria Eugênia Cury, foi entrevistada em um vídeo desenvolvido para o *Curso de Gestão da Assistência Farmacêutica – EaD*. O vídeo está disponível no link: <<https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/1911>>.

Leitura complementar: Recomenda-se a leitura do texto *Farmacovigilância no Brasil*, de Varallo e Mastroianni, publicado no livro *Farmacovigilância: da teoria à prática* (Editora Unesp, 2013, p. 12-16).

A farmacovigilância e a atuação farmacêutica: a internet como instrumento de referência

Informações referentes aos medicamentos podem ser obtidas de várias fontes, entre as quais destacam-se as oriundas das agências reguladoras de medicamentos, Centros de Informação sobre Medicamentos, Centros de Farmacovigilância, Centros de Informação Toxicológica, e produções científicas como livros- textos, manuais técnicos e artigos científicos. Para obter essas e outras informações, recomenda-se os seguintes endereços eletrônicos de agências ou autoridades reguladoras na área de medicamentos:

- Agência Nacional de Vigilância Sanitária: <<http://www.anvisa.gov.br>>.
- *Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios* (AEMPS): <<http://www.aemps.gob.es>>.
- *The European Agency for the Evaluation of Medicinal Products*: <<http://www.emea.europa.eu>>.
- *Food and Drug Administration* (EUA): <<http://www.fda.gov>>.
- *Medicines and Healthcare Products Regulatory Agency* (Reino Unido): <<http://www.mhra.gov.uk>>.
- *TGA Therapeutical Goods Administration* (Austrália): <<http://tga.gov.au>>.
- *New Zealand Medicines and Medical Devices Safety Authority*: <<http://www.medsafe.govt.nz>>.

Nesses endereços podem ser encontradas normas legais que constituem o fundamento para o exercício democrático da regulação e do controle de medicamentos, lista de produtos registrados, monografia de produtos, farmacopeias, manuais técnicos e educativos, livros-textos etc.

A ação em vigilância sanitária depende de conhecimento e de base legal. Para buscar Leis, Decretos, Resoluções, Portarias e outras normas legais, utilize o Saúde Legis – Sistema de legislação da Saúde.

Com o caráter de promover a proteção da saúde, diminuindo ou eliminando riscos, e visando o uso e a prescrição racional de medicamentos, a Anvisa publicou várias Resoluções da Diretoria Colegiada (RDC), as quais têm impacto, direto ou indireto, no consumo de medicamentos e, conseqüentemente, na farmacovigilância.

São exemplos:

- Portaria SVS/MS nº 344, de 12/05/1998, aprova o regulamento técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial, e suas atualizações.
- RDC nº 320, de 22/11/2002, determina que as empresas distribuidoras de produtos farmacêuticos devem notificar a autoridade sanitária competente, de imediato, ante quaisquer suspeitas de alteração, fraude, falsificação ou roubo dos produtos que distribui, com a indicação do número dos lotes.

Com relação a esse assunto, a página da Anvisa disponibiliza bancos de dados para consulta a medicamentos registrados e medicamentos/empresas irregulares, onde se pode buscar informações sobre produtos apreendidos, falsificados, interditados, recolhidos, revogados, roubados, suspensos, suspensos de importação. O princípio da precaução é imperativo para evitar danos/agravos aos consumidores.

- Lei nº 11.903, de 14/01/2009, cria o Sistema Nacional de Controle de Medicamentos, que monitora todo medicamento produzido, dispensado e vendido no país.
- RDC nº 47, de 08/09/2009, estabelece regras para elaboração, harmonização, atualização, publicação e disponibilização de bulas de medicamentos para usuários e para profissionais de saúde.

Com relação a bulas, a Anvisa disponibiliza, em sua página, um banco de dados para consulta às bulas de medicamentos, intitulado “bulário eletrônico”, no qual podem ser obtidas informações de bulas para o usuário e para o profissional da saúde (http://www.anvisa.gov.br/fila_bula/). Informações provenientes da farmacovigilância podem alterar as bulas.

- RDC nº 96, de 17/12/2008, dispõe sobre a propaganda, publicidade, informação e outras práticas cujo objetivo seja a divulgação ou promoção comercial de medicamentos.
- RDC nº 04, de 10/11/2009, dispõe sobre as normas de farmacovigilância para os detentores de registro de medicamentos de uso humano. Entre outras, a norma aponta as funções e rotinas em farmacovigilância; a notificação de casos e seus prazos; a transmissão das notificações; os relatórios periódicos de segurança; a inspeção dos sistemas de farmacovigilância das empresas farmacêuticas; e os procedimentos relativos aos estudos fase 4, pós-registro.

As normas que abordam as “Boas Práticas” também são importantes e, se cumpridas à risca, garantem segurança aos consumidores. São exemplos:

- RDC nº 17, de 16/04/2010, dispõe sobre o regulamento técnico das Boas Práticas para a Fabricação de Medicamentos.
- RDC nº 204, de 14/11/2006, dispõe sobre regulamento técnico de Boas Práticas de Distribuição e Fracionamento de Insumos Farmacêuticos.
- RDC nº 44, de 17/08/2009, dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências.

Essas normativas podem ser alteradas com o passar no tempo. Dentro deste contexto, é imprescindível consultá-las rotineiramente.

No que diz respeito à pós-comercialização/pós-uso, a página da Anvisa tem uma área específica para a farmacovigilância, onde se pode consultar boletins informativos, guias/*guidelines*, comunicados sobre segurança de medicamentos e publicações na área da farmacovigilância, destacando-se:

- *Diretrizes para o gerenciamento do risco em farmacovigilância*, da qual recomendamos a leitura; e
- *Boas Práticas de Inspeção em farmacovigilância para detentores de registro de medicamentos*.

Na Biblioteca Virtual em Saúde, do Ministério da Saúde, podem ser encontradas outras publicações na área da Farmacovigilância:

- *A importância da farmacovigilância: monitorização da segurança dos medicamentos*; e
- *Monitorização da segurança de medicamentos: diretrizes para criação e funcionamento de um Centro de Farmacovigilância*.

Com o objetivo de fornecer acesso rápido ao conhecimento científico, por meio de publicações atuais e sistematicamente revisadas, o Ministério da Saúde, em parceria com a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes/MEC), criou o portal “Saúde Baseada em Evidência”.

Publicações, Boletins, Guias, Revistas e Manuais na área de farmacovigilância no mundo

- *Uppsala Monitoring Centre*: <<http://www.who-umc.org>>.
- *Current Problems in Pharmacovigilance*: <<http://www.mhra.gov.uk>>.
- *Butlletí Groc* (Espanha): <<http://www.icf.uab.es>>.
- *Canadian Adverse Reaction Newsletter*: <<http://www.hc-sc.gc.ca>>.
- Boletins de Medicamentos (*International Society of Drug Bulletins*): <<http://www.isdbweb.org/pag/index.php>>.

- *Australian Prescriber*: <<http://www.australianprescriber.com>>.
- BTA – *Boletín Terapéutico Andaluz* (Espanha): <http://www.cadime.es/es/boletines_publicados.cfm>.
- *Focus* (Itália): <<http://www.farmacovigilanza.eu/>>.
- *INRUD News – International Network for Rational Use of Drugs*: <<http://www.inrud.org/INRUD-News/>>.
- *Therapeutics Initiative – Evidence based Drug Therapy*: <<http://www.ti.ubc.ca/es>>.
- *WHO Drug Information*: <<http://www.who.int/medicines/publications/druginformation/en/index.html>>.
- *Boletín Fármacos* (Latinoamericano): <<http://www.boletinfarmacos.org>>.
- Temas seleccionados. Uso Racional de medicamentos: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/temasseleccionados.pdf>>.
- Formulário Terapêutico Nacional: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/FTN_2010.pdf>.
- *British National Formulary* (BNF): <<http://www.bnf.org/bnf/index.htm>>.

Centros de Informação de Medicamentos

Nos Centros de Informação de Medicamentos/Serviços de Informação de Medicamentos (CIM/SIM), podem ser obtidas informações atualizadas, fidedignas e imparciais sobre medicamentos.

Leitura complementar: O papel dos CIM/SIM na farmacovigilância pode ser apreciado no artigo de Arrais e colaboradores, intitulado *Sistema Nacional de Farmacovigilância: proposta de contribuição do Sistema Brasileiro de Informação sobre Medicamentos (SISMED)*, publicado no periódico *Saúde em Debate* (2002).

Os CIM/SIM trabalham com informações passivas, atendendo solicitações de informação sobre medicamentos, oriundas de profissionais de saúde ou público em geral. Após recebimento da solicitação, o Centro passa a analisá-la, realizando busca na literatura científica, e termina com a elaboração e transmissão da resposta ao solicitante.

No Brasil, existem diversos Centros e Serviços de Informação sobre Medicamentos que foram reunidos, em 2010, na Rede Brasileira de Centros e Serviços de Informação sobre Medicamentos – REBRACIM.

De maneira geral, o centro de documentação dos CIM/SIM será útil para a avaliação dos casos suspeitos de reações adversas a medicamentos e

para a avaliação da relação de causalidade. O CIM/SIM também funciona como observatório de solicitações que envolvem possíveis casos de RAM, consequentemente, poderá ser um colaborador na notificação de casos suspeitos.

10.5 A farmacovigilância e o ciclo da assistência farmacêutica

De acordo com Marin e colaboradores (2003), uma das principais ferramentas de gerenciamento das ações de assistência farmacêutica são os sistemas de informação. Apesar da complexidade, os sistemas de informação permitem melhorias em todos os componentes do ciclo, proporcionando um bom padrão no suprimento de medicamentos. A tendência na utilização de sistemas de informação é cada vez maior, devido as suas vantagens e possibilidades, bem como ao acesso facilitado às tecnologias de informação e comunicação.

Falando em gestão

Sepormuitotempoasáreasdevigilânciaeassistênciaficaramabsolutamente separadas no cotidiano das secretarias e unidades de saúde, essa realidade tem se modificado substancialmente com a profissionalização desses setores. As propostas mais atuais de farmacovigilância têm envolvido, cada vez mais, a atenção básica como espaço e ambiente de investigação permanente sobre a eficácia e a segurança dos medicamentos (além dos hospitais e centros especializados, que já têm certa tradição nessa atividade).

E as relações da farmacovigilância com a gestão da assistência farmacêutica vão ainda mais além: uma é subsídio para o bom desempenho da outra.

Farmacovigilância e a seleção de medicamentos

Muitos medicamentos mostram não serem seguros mesmo depois de serem registrados na Anvisa, quando já são utilizados por muitos usuários e, muitas vezes, sua comercialização fica proibida. Um caso recente que vivenciamos em 2011 foi a proibição dos anorexígenos pela Anvisa, já que estudos mais atuais demonstraram relação risco *versus* benefício desfavorável. Outro caso relativamente recente foi a retirada do anti-inflamatório inibidor seletivo da COX-2, rofecoxib, em 2004, após confirmar risco cardiovascular associado ao uso do medicamento.

A Anvisa, por meio da unidade de Farmacovigilância, é responsável pelo monitoramento dos medicamentos também na fase pós-registro.

De que forma o farmacêutico, como gestor, pode atuar para evitar problemas que possam refletir na farmacovigilância, durante o processo de seleção de medicamentos?

Farmacovigilância e a aquisição de medicamentos

Marin e colaboradores (2003) destacam que, no setor público, a aquisição de medicamentos é uma das etapas que contribuem para a credibilidade dos serviços farmacêuticos. Realmente, de nada adianta termos medicamentos selecionados com rigor, boas condições de armazenamento, uma equipe de saúde bem preparada para prescrevê-los e dispensá-los, se houver falhas na aquisição.

Logicamente, se a qualidade dos medicamentos adquiridos for duvidosa, os problemas em relação à falta de eficácia e segurança podem aparecer, resultando em aumento de reações adversas, toxicidades, ineficácia terapêutica, entre outros.

Outra questão importante de uma problemática bastante complexa, se refere à falsificação de medicamentos e suas consequências para a saúde pública. Indústrias clandestinas que produzem medicamentos falsificados, sem registro na Anvisa e sem garantia de eficácia e segurança, deixam o consumidor exposto a problemas advindos da utilização de produtos sem procedência garantida.

Tanto no setor público quanto no privado, a seleção dos fornecedores de insumos, independentemente da modalidade de compra, deve contemplar algumas exigências técnicas e administrativas, incluindo a apresentação do laudo de análise para cada lote fornecido, emitido pelo fabricante.

A partir desses exemplos, pode-se confirmar a importância da gestão eficaz na aquisição de medicamentos. É importante que o farmacêutico ou gestor selecione os fornecedores mais qualificados para o suprimento dos materiais. Além disso, é importante ter acesso aos laudos de qualidade das indústrias, dos laboratórios e das distribuidoras de medicamentos que fornecem produtos para a rede pública. Nesse sentido, a existência de um sistema de informações sobre o controle de estoques, os produtos, os fornecedores e preços de mercado constituem um aspecto fundamental para o êxito das atividades de programação e aquisição.

A Anvisa também vem trabalhando para impedir o aumento no número de empresas clandestinas e de medicamentos falsificados. No Brasil, foi criado o Sistema Nacional de Controle de Medicamentos, por meio da Lei nº 11.903, de 14 de janeiro de 2009. A partir da implantação desse sistema, os medicamentos poderão ser rastreados em todo o caminho percorrido, desde o laboratório até as mãos do consumidor final, dificultando sua falsificação e venda ilegal. Em

2 de abril de 2013, a Anvisa abriu Consulta Pública nº 10 para a proposta de Implantação do Sistema Nacional de Controle de Medicamentos e os mecanismos e procedimentos para rastreamento da produção, comercialização, dispensação e prescrição de medicamentos.

Farmacovigilância e o armazenamento de medicamentos

O armazenamento e a distribuição são atividades que visam, sobretudo, assegurar a qualidade dos medicamentos por meio de condições adequadas de estocagem, e de controle eficaz do estoque (MARIN et al., 2003). Para o alcance desses objetivos, cada município deve contar com locais apropriados para a armazenagem dos produtos, seja na Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF), seja na Unidade Básica de Saúde.

Infelizmente, a falta de condições adequadas para a guarda de medicamentos e insumos ainda é comum em muitos municípios brasileiros. Essa situação pode afetar, diretamente, a qualidade dos produtos, provocando desvios de qualidade e, no caso da utilização destes, o usuário pode apresentar quadros de intoxicação e reações adversas.

A Anvisa publicou a RDC nº 17, de 16 de abril de 2010, que dispõe sobre as Boas Práticas de Fabricação de medicamentos, inclusive no que concerne às condições de armazenamento, dos artigos 116 ao 123, considerando as orientações aplicáveis à CAF.

Farmacovigilância e o uso de medicamentos

A utilização de medicamentos envolve a prescrição, a dispensação e o uso desses produtos. Combinado a isso, estão inseridas as atribuições dos profissionais de saúde envolvidos. Muitas vezes, o insucesso terapêutico ocorre devido a falhas em alguma etapa deste ciclo, como, por exemplo, quando o usuário não compreende a maneira correta de utilizar o medicamento ou, por algum motivo, não consegue aderir ao tratamento prescrito.

Neste ponto, há a constatação de como é importante a orientação adequada ao usuário, bem como o seguimento farmacoterapêutico. Tal fato justifica o papel de uma equipe de saúde devidamente qualificada.

A Organização Mundial da Saúde faz recomendações em relação aos aspectos técnicos da prescrição de medicamentos. No entanto, além disso, outros aspectos são importantes quando é abordada a “boa prescrição médica”. A questão do conhecimento do prescritor em relação à racionalidade de uso do medicamento prescrito, por exemplo, é fundamental.

Arrais e colaboradores (2007), em estudo sobre os aspectos dos processos de prescrição e dispensação de medicamentos na percepção do usuário, trazem

a problemática relacionada à prescrição e dispensação de medicamentos na rede pública. Os autores abordam a necessidade do resgate das relações médico-usuário e farmacêutico-usuário como um aspecto chave para a melhoria da qualidade do serviço de saúde. Além disso, enfatizam que a ausência do farmacêutico nas unidades públicas e privadas é um fator crítico para a implementação do uso racional de medicamentos.

Muitos erros de medicação ocorrem por problemas na leitura do receituário, ou por ter sido prescrito algum medicamento sem segurança comprovada, ou por um erro de dispensação. Podemos encontrar com frequência, nos noticiários, situações como as que seguem.

Figura 2 – Notícia sobre erro de medicação

Auxiliar suspeita de trocar soro por vaselina dá detalhes do atendimento

Stephanie Teixeira, de 12 anos, morreu ao ter vaselina injetada na veia. Ela tinha ido a hospital de SP para se tratar de uma virose.

Fonte: Globo.com – G1, publicado em 12 dez. 2010. Disponível em: <<http://g1.globo.com/sao-paulo/noticia/2010/12/auxiliar-suspeita-de-trocar-soro-por-vaselina-da-detahes-do-atendimento.html>>

Figura 3 – Notícia sobre erro de medicação

Perícia confirma superdosagem de lidocaína em pacientes que morreram após endoscopia

Substância ainda teria sido administrada por via oral, contrariando determinação da Anvisa

Fonte: *Diário Catarinense*, Florianópolis, 7 jul.2010. Disponível em: <<http://www.clicrbs.com.br/diariocatarinense/jsp/default.jsp?uf=2&local=18§ion=Geral&newsID =a2963461htm>>.

Situações como essas, que acompanhamos nos noticiários, como a troca de soro por vaselina e a utilização de lidocaína por via de administração oral, que resultaram em óbitos, são comuns.

Esses erros de medicação, provenientes de negligência, imprudência ou imperícia dos profissionais de saúde, não podem ser tolerados.

Isso apenas ilustra um dos problemas relacionados ao uso de medicamentos, que têm a ver com a farmacovigilância. Erros podem ocorrer tanto na prescrição, na dispensação e na utilização do medicamento pelo usuário.

Ações positivas também são importantes para minimizarmos problemas decorrentes da má utilização de medicamentos.

No Brasil, a Anvisa e o Ministério da Saúde, juntamente com órgãos como OPAS e OMS, têm incentivado, desde o ano 2000, a capacitação para o “Ensino sobre o Uso Racional de Medicamentos”, de prescritores e professores envolvidos com o ensino da prescrição e dispensação de medicamentos e farmacologia

clínica. Dessa forma, os futuros médicos, dentistas e farmacêuticos já teriam esta experiência na sua formação básica e, conseqüentemente, maior compreensão da importância da prescrição e dispensação racional, em todos os sentidos.

A dispensação de medicamentos e o seguimento farmacoterapêutico são importantes momentos em que o farmacêutico pode usar todo o seu conhecimento em prol do uso racional de medicamentos. De acordo com Marin e colaboradores (2003), esta é uma das últimas oportunidades de, ainda dentro do sistema de saúde, identificar, corrigir ou reduzir possíveis riscos associados à terapêutica medicamentosa.

Também é muito importante, neste processo, a identificação de reações adversas e desvios de qualidade dos medicamentos, os quais, identificados, devem ser notificados à Vigilância Sanitária. Isso é papel do prescritor, do farmacêutico, dos demais profissionais de saúde e também do usuário.

Já no processo de uso de medicamentos, nas residências, as pessoas costumam modificar hábitos de utilização destes, emprestar ou indicar medicamentos a familiares e vizinhos, assim como acumular medicamentos em casa, na chamada “farmácia caseira”. Isso se deve ao processo social e cultural de medicalização. Nesse sentido, também é nosso papel, como agentes de saúde, orientarmos as pessoas em relação aos cuidados com a utilização de medicamentos.

Leitura complementar: Sugere-se a leitura dos artigos, indicados a seguir, para aprofundamento do tema:

- *Aspectos dos processos de prescrição e dispensação de medicamentos na percepção do usuário: estudo de base populacional em Fortaleza, Ceará, Brasil*, de Arrais, Barreto e Coelho, publicado no *Cadernos de Saúde Pública* (2007).
 - *Uso de medicamentos armazenados em domicílio em uma população atendida pelo Programa Saúde da Família*, de Lima, Nunes e Barros, publicado no periódico *Ciência & Saúde Coletiva* (2010).
-

Todo profissional de saúde pode e deve colaborar com a implementação de programas de farmacovigilância, seja ele em nível municipal, estadual ou federal, na indústria farmacêutica, farmácia/drogaria, unidade básica de saúde, hospital, clínica médica ou odontológica.

A atividade não se restringe à notificação de casos suspeitos de eventos adversos ou queixas técnicas/desvios de qualidade. A prevenção deve ser atividade rotineira dos profissionais de saúde e do próprio consumidor de medicamentos. Nesse aspecto, a contribuição do farmacêutico perpassa por todos os serviços farmacêuticos.

Um dos objetivos da assistência farmacêutica é garantir a oferta de medicamentos eficazes e seguros. Por exemplo, no setor público, a seleção de medicamentos objetiva a identificação dos medicamentos ditos essenciais, que possuem comprovada eficácia e segurança e que atenderá as necessidades de uma população.

No setor privado, a oferta de produtos é maior e não existe uma seleção criteriosa dos produtos para comercialização. Nesse setor, a implementação do projeto farmácias notificadoras foi um passo importante para a monitoração pós-comercialização.

Na aquisição, os produtos só deverão ser obtidos se possuírem registro e se forem comercializados em locais credenciados pela Indústria Farmacêutica e Vigilância Sanitária. No transporte, no armazenamento e na posterior distribuição dos medicamentos reside a preocupação em garantir a integridade e qualidade dos produtos a serem dispensados. Garantir a qualidade também implica evitar possíveis desvios de qualidade. Da mesma forma, o armazenamento, os cuidados no recebimento e na estocagem dos medicamentos são imprescindíveis para garantir a qualidade dos produtos. Na distribuição, os cuidados com transporte são importantes para garantir a integridade dos produtos.

Na dispensação, o aviamento e as consequentes informações e orientações farmacêuticas para o uso correto dos medicamentos são outra forma de prevenir possíveis eventos adversos e desvios de qualidade.

Outro aspecto importante e que os profissionais de saúde devem ter em mente é o rastreamento de produtos com desvio de qualidade. A identificação, comunicação para as autoridades sanitárias sobre casos suspeitos e o posterior rastreamento destes produtos pode evitar exposição desnecessária a medicamentos com qualidade alterada ou até de produtos falsificados.

Para o sucesso de um programa de farmacovigilância, a sensibilização dos profissionais de saúde para a notificação voluntária e a garantia de resposta aos casos notificados é de suma importância. Com relação a esse assunto é necessário fortalecer o processo nas unidades básicas de saúde. O reforço também implica a oferta de fontes de informação sobre medicamentos, que facilite a consulta e os estudos na própria unidade de saúde.

O fato de termos medicamentos essenciais ou produtos com reconhecida eficácia e segurança não significa estar protegido do aparecimento de eventos adversos, pois, caso venham a ser utilizados de forma errada, podem oferecer riscos graves ao seu usuário.

Referências

- ACCIÓN INTERNACIONAL POR LA SALUD. Estudios clínicos a la medida. *Correo de AIS*, Edición 80, p. 3, junio 2005.
- AMERY, W. K. Why there is a need for pharmacovigilance? *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*, v. 8, p. 61-64, 1999.
- ANÔNIMO. Roubo de remédios. Um perigo para a saúde. *Indústria farmacêutica*. Ano I, n. 1, p. 38-43, 2003.
- ARRAIS, P. S. D. Farmacovigilância: até que enfim no Brasil. *Saúde em Debate*, v. 49/50, p. 80-82, 1996.
- ARRAIS, P. S. D. *Medicamentos: consumo e reações adversas: um estudo de base populacional*. Fortaleza: Ed. UFC, 2009. 163 p.
- ARRAIS, P. S. D. et al. Desenvolvimento da Farmacovigilância no Ceará: a experiência do Centro de Farmacovigilância do Ceará (CEFACE) no ano de 1998. In: CONGRESSO DE CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS DO RIO DE JANEIRO, *Resumos...* p. 117-118. Rio de Janeiro: Conselho Regional de Farmácia do Rio de Janeiro. 1999.
- ARRAIS, P. S. D.; BARRETO, M. L.; COELHO, H. L. L. Aspectos dos processos de prescrição e dispensação de medicamentos na percepção do usuário: estudo de base populacional em Fortaleza, Ceará, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 927-937, 2007.
- ARRAIS, P. S. D.; FONTELES, M. M. F.; COELHO, H. L. L. Farmacovigilância hospitalar. In: MAIA NETO, J. F. *Farmácia hospitalar e suas interfaces com a saúde*. São Paulo: Rx, 2005.
- ASPH (American Society of Health System Pharmacists). ASPH guidelines on adverse drug reaction monitoring and reporting. *Am J. Hosp. Phar.*, v. 52, p. 417-419, 1995.
- BELTON, K. The European Pharmacovigilance Research Group. Attitude survey of adverse drug- reaction reporting by health care professionals across the European Union. *Eur. J. Clin. Pharmacol*, v. 52, p. 432-427, 1997.
- CAPELLÀ, D. et al. Cuatro años de experiencia en farmacovigilancia. *Medicina Clínica*, Barcelona, v. 91, p. 93-96, 1988.
- COELHO, H. L. L.; ARRAIS, P. S. D.; GOMES, A. P. Sistema de farmacovigilância do Ceará: um ano de experiência. *Caderno de Saúde Pública*, v. 15, n. 3, p. 631-640, 1999.
- DIAS, M. B.; TUYAMA, A. C. G.; ANDRADE FILHO, A. Organoclorados e piretroides. In: ANDRADE FILHO, A.; CAMPOLINA, D.; DIAS, M. B. *Toxicologia na prática clínica*. Belo Horizonte: Folium, 2001. p. 249-252.
- EDWARDS, I. R., BIRIELL, C. Harmonization in pharmacovigilance. *Drug Safety*, v. 10, n. 2, p. 93-102, 1994.
- GHARAIBEH, M. N.; GREENBERG, H. E.; WALDMAN, S. A. Adverse drug reactions: a review. *Drug Information Journal*, v. 32, p. 323-338, 1998.
- INSTITUTO CATALÀ DE FARMACOLOGIA, Universidad Autónoma de Barcelona. Efectos indeseables. Un coste no sólo económico. *Butlletí Groc*, v. 12, n. 1, 1999.

ISDB. International Society of Drug Bulletins. *ISDB EU: Berlin Declaration on Pharmacovigilance*. Berlin, January, 2005. 28 p.

LAPORTE, J. R.; CAPELLÀ, D. Necessidade e métodos de Farmacovigilância. *Ciência Hoje*, v. 9, n. 54, p. 30-31, 1989.

LAPORTE, J. R., CAPELLÀ, D. Mecanismos de producción y diagnóstico clínico de los efectos indeseables producidos por medicamentos. In: LAPORTE, J. R.; TOGNONI, G. *Principios de epidemiologia del medicamento*. Barcelona: Masson-Salvat, 1993. p. 95-109.

LAPORTE, J. R.; CARNÉ, X. Metodología epidemiológica básica en farmacovigilancia. In: LAPORTE, J. R.; TOGNONI, G. *Principios de epidemiologia del medicamento*. Barcelona: Masson-Salvat, 1993. p. 95-109.

MARGONATO, F. B.; THOMSON, Z.; PAOLIELLO, M. M. B. Determinantes nas intoxicações medicamentosas agudas na zona urbana de um município do Sul do Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 333-341, 2008.

MARIN, N.; LUIZA, V. L.; OSORIO-DE-CASTRO, C. G. S.; MACHADO-DOS-SANTOS, S. (Org.). *Assistência farmacêutica para gerentes municipais*. Rio de Janeiro: OPAS/OMS, 2003.

NARANJO, C. A.; BUSTO, U. E. Reacciones adversas a medicamentos. In: *Métodos en farmacologia clínica* – OPS (Organización Panamericana de la Salud), 1992. p. 323-338.

RAWLINS, M. D., THOMPSON, J. W. Mechanisms of adverse drug reactions. In: DAVIES, D. M. (Org.). *Textbook of adverse drug reactions*. 4. ed. Oxford: Oxford University Press, 1991. p. 18-45.

SINITOX. *Registros de intoxicações*. Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde, 2010. Disponível em: <http://www.fiocruz.br/sinitox_novo/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?tpl=home>. Acesso em: 27 nov 2010.

WHO. *The importance of pharmacovigilance: safety monitoring of medicinal products*. Uppsala: Uppsala Monitoring Centre, 2002.

Sobre os autores

Cassiano Januário Correr

Graduado em Farmácia pela Universidade Estadual de Londrina (UEL, 1998), mestre em Ciências Farmacêuticas pela Universidade Federal do Paraná (UFPR, 2004), doutor em Medicina Interna pela UFPR (2008) e pós-doutorado em Farmácia Social pela Universidade de Lisboa, Portugal. Professor licenciado da UFPR.

Eliana Elisabeth Diehl

Mestre em Ciências Farmacêuticas pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS, 1992) e doutora em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Oswaldo Cruz (2001). Professora da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Coordenadora do Curso de Especialização em Gestão da Assistência Farmacêutica – modalidade EaD, edição 2013-2016. Integrante do Grupo de Pesquisa Políticas e Serviços Farmacêuticos da UFSC.

Esther Jean Langdon

Graduada em Antropologia e Sociologia – Carleton College (1966), mestre em Antropologia – University of Washington (1968) e doutora em Antropologia – Tulane University of Louisiana (1974), pós-doutorado na Indiana University (1993-1994) e University of Massachusetts, Amherst (2009). Professora titular da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e coordenadora do Instituto Nacional de Pesquisa: Brasil Plural.

Fernanda Manzini

Graduada em Farmácia, especialista em Saúde da Família/modalidade Residência e mestre em Farmácia pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Doutoranda no Programa de Pós-Graduação em Farmácia da UFSC (PGFAR/UFSC). Diretora da Escola Nacional dos Farmacêuticos. Farmacêutica da Coordenação Técnica do Curso de Gestão da Assistência Farmacêutica – Educação a Distância e da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis/SC. Integrante do Grupo de Pesquisa Políticas e Serviços Farmacêuticos da UFSC.

Iane Franceschet de Sousa

Graduada em Farmácia pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC, 1999), mestre em Farmácia pela UFSC (2003), especialista em Educação à Distância pelo SENAC (2010) e doutora em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFM, 2014). Professora da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul (UEMS) e da Universidade Anhanguera (UNIDERP).

Juliane Fernandes Monks da Silva

Graduada em Farmácia e Farmácia-Bioquímica pela Universidade Católica de Pelotas. Mestre em Medicina pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Doutora em Epidemiologia pela UFRGS. Integrante do Grupo de Pesquisa e Desenvolvimento em Atenção Farmacêutica (GPDAF).

Leonardo Régis Leira Pereira

Graduado em Ciências Farmacêuticas pela Universidade de Ribeirão Preto (UNAERP, 1998), Mestre em Ciências Farmacêuticas pela Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FCFRP-USP, 2000), Doutor em Toxicologia pela FCFRP-USP (2003),

Pós-Doutorado junto ao Departamento de Medicina Interna e Terapia Médica da Università degli Studi di Pavia-Itália (2010) e Livre-Docência junto ao Departamento de Ciências Farmacêuticas da FCFRP-USP (2013). Professor Associado do Departamento de Ciências Farmacêuticas da FCFRP-USP.

Lígia Hoepfner

Graduada em Farmácia pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC, 1999), especialista em Farmácia Hospitalar com introdução a Farmácia Clínica pelo Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo (USP, 2000) e mestre em Farmácia pela UFSC (2005). Coordenadora da Assistência Farmacêutica da Secretaria Municipal de Saúde de Pomerode/SC e farmacêutica do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF).

Lúcia de Araújo Costa Beisl Noblat

Graduada em Farmácia pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), mestre em *Clinical Pharmacy* pela University of London e doutora em Medicina e Saúde pela Universidade Federal da Bahia (UFBA). Professora Associada IV da UFBA.

Luciano Soares

Graduado em Farmácia pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC, 1999), mestre em Farmácia pela UFSC (2001) e doutor em Farmácia pela UFSC (2013). Coordenador de Trabalho de Conclusão de Curso da Comissão Gestora do Curso de Gestão da Assistência Farmacêutica – Educação a Distância realizado pela UFSC, em parceria com o Ministério da Saúde. Diretor da Associação Brasileira de Educação Farmacêutica (ABEF). Diretor da Escola Nacional dos Farmacêuticos. Integrante do Grupo de Pesquisa Políticas e Serviços Farmacêuticos da UFSC.

Marcelo Campese

Graduado em Farmácia e Bioquímica pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR, 2002). Pós-Graduação modalidade especialização *latu sensu* em Infecção Hospitalar pela Universidade Estadual de Londrina (UEL). Pós-Graduação modalidade residência pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade Federal do Paraná (UFPR). Mestre em Farmácia pela UFSC (2012). Doutorando do Programa de Pós-Graduação em Farmácia da UFSC. Integrou a Coordenação Técnica do Curso de Gestão da Assistência Farmacêutica – Educação a Distância. Integrante do Grupo de Pesquisa Políticas e Serviços Farmacêuticos da UFSC.

Mareni Rocha Farias

Graduada em Farmácia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), mestre em Ciências Farmacêuticas pela UFRGS, doutora em Ciências Naturais pelo Pharmazeutisches Institut – Universität Bonn, Alemanha e pós-doutorado na Health & Life Sciences University (UMIT) em Hall in Tirol, na Áustria. Professora Associada IV da UFSC. Coordenadora do Curso de Especialização em Gestão da Assistência Farmacêutica – modalidade EaD, edição 2010-2015 e do Grupo de Pesquisa Políticas e Serviços Farmacêuticos.

Marlene Zannin

Graduada em Farmácia e Bioquímica pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC, 1986), mestre em Farmacologia pela UFSC (1994) e doutora em Ciências Médicas pela Escola Paulista de Medicina (2002). Professora da UFSC e supervisora do Centro de Informações Toxicológicas de Santa Catarina (CIT/SC).

Mauro Silveira de Castro

Graduado em Farmácia com ênfase em Bioquímica pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS, 1978), mestre em Farmacologia pela Fundação Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (1996) e doutor em Medicina pela UFRGS (2004). Coordenador do Curso

Farmacêuticos na APS: trabalhando em Rede. Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Assistência Farmacêutica – Associação de IES.

Noemia Liege Maria da Cunha Bernardo

Graduada em Farmácia pela Universidade Paranaense (UNIPAR), mestre em Farmácia pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Doutoranda no Programa de Pós-Graduação em Farmácia da UFSC (PGFAR/UFSC). Especialista em Farmacologia pela Universidade Federal do Paraná (UFPR). Professora da Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALI). Coordenadora do Ambulatório de Cuidados Farmacêuticos e do Ambulatório Interdisciplinar da UNIVALI.

Paulo Maximiliano Corrêa

Graduado em Farmácia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS, 2002), mestre em Ciências Médicas pela UFRGS (2009) e doutor em Ciências Farmacêuticas pela UFRGS (2013). Professor Adjunto na Universidade Federal do Amazonas (UFAM).

Paulo Sérgio Dourado Arrais

Graduado em Farmácia pela Universidade Federal do Ceará (UFC, 1991), mestre em Farmacoepidemiologia pela Universidad Autonoma de Barcelona (1994), doutor em Saúde Pública pela Universidade Federal da Bahia (UFBA, 2003). Professor Assistente I do Departamento de Farmácia da Universidade Federal do Ceará (UFC). Diretor administrativo da Associação Brasileira de Educação Farmacêutica (ABEF).

Silvana Nair Leite

Graduada em Farmácia pela Universidade do Vale do Itajaí, mestre e doutora em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo. Professora da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), do Departamento de Ciências Farmacêuticas e colaboradora do Programa de Pós-graduação em Farmácia da Universidade de Brasília (UnB). Presidente da Escola Nacional dos Farmacêuticos. Membro do Comitê Gestor do Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia em Inovação Farmacêutica (CNPq-INCT-IF). Integrante do Grupo de Pesquisa Políticas e Serviços farmacêuticos da UFSC.

Tatiana von Diemen

Graduada em Farmácia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS, 2008), especialista em Farmácia Hospitalar pelo Instituto de Administração Hospitalar e Ciências da Saúde (IAHCS, 2009) e mestre em Ciências Farmacêuticas pela UFRGS (2011). Farmacêutica do Centro de Informações sobre Medicamentos e farmacêutica clínica da Unidade Psiquiátrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

Este livro foi editorado com as fontes Chaparral Pro e Roboto. Miolo em papel *offset* 90g; capa em cartão supremo 250g. Impresso na Gráfica e Editora Copiart em sistema de impressão *offset*.

A coleção Assistência Farmacêutica no Brasil: Política, Gestão e Clínica surgiu a partir dos materiais instrucionais elaborados para as duas edições do Curso de Gestão da Assistência Farmacêutica – EaD, adaptados e ampliados para a versão impressa. O Curso foi uma iniciativa do Ministério da Saúde, desenvolvido pela Universidade Federal de Santa Catarina, para qualificar a assistência farmacêutica no SUS. Os cinco volumes que integram a coleção constituem uma oportunidade inédita para construir, referenciar e discutir conjuntamente o tema e para subsidiar o ensino e a prática da área.



Ministério da
Saúde

GOVERNO FEDERAL

PÁTRIA EDUCADORA

