

MINISTÉRIO DA SAÚDE  
Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos  
Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos

# RELATÓRIO DO 1º SEMINÁRIO INTERNACIONAL PARA IMPLEMENTAÇÃO DA ATENÇÃO FARMACÊUTICA NO SUS

Brasília, 24 a 27 de maio de 2006

Semeando o cuidado ao paciente e o uso racional de  
medicamentos: os desafios da implantação da atenção  
farmacêutica no SUS.

Série C. Projetos, Programas e Relatórios



Brasília – DF  
2009

© 2009 Ministério da Saúde.

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é da área técnica.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde:  
<http://www.saude.gov.br/bvs>

O conteúdo desta e de outras obras da Editora do Ministério da Saúde pode ser acessado na página:

<http://www.saude.gov.br/editora>

Série C. Projetos, Programas e Relatórios

Tiragem: 1ª edição – 2009 – Versão *on-line*

*Elaboração, distribuição e informações:*

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos

Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos

Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Edifício Sede, 8º andar, sala 839

CEP: 70058-900, Brasília – DF

Tel.: (61) 3315-2409

Faxes: (61) 3315-2307 / 3315-3276

*E-mail:* [daf@saude.gov.br](mailto:daf@saude.gov.br)

*Home page:* [www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br)

Editora MS

Documentação e Informação

SIA, trecho 4, lotes 540/610

CEP: 71200-040, Brasília – DF

Tels.: (61) 3233-1774 / 2020

Fax: (61) 3233-9558

*E-mail:* [editora.ms@saude.gov.br](mailto:editora.ms@saude.gov.br)

*Home page:* <http://www.saude.gov.br/editora>

*Equipe Editorial:*

Normalização: Suzelayne Azevedo

Revisão: Mara Pamplona e Khamila Silva

Capa, projeto gráfico e diagramação: Marcelo S. Rodrigues

Impresso no Brasil / *Printed in Brazil*

#### Ficha Catalográfica

---

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos.

Relatório do 1º Seminário Internacional para Implementação da Atenção Farmacêutica no SUS [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2009.

114 p. – (Série C. Projetos, Programas e Relatórios)

Modo de acesso: World Wide Web: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id\\_area=1411](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1411)>

Título da página da Web (acesso em 29 jul. 2009)

1. Assistência farmacêutica. 2. Sistema Único de Saúde. 3. Medicamento. I. Título. II. Série.

---

CDU 614:615.12(81)

Catálogo na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2009/0186

Títulos para indexação:

Em inglês: Report of the 1<sup>st</sup> International Seminary for Implementation of Pharmaceutical Care at Unified Health System (SUS – Brazil)

Em espanhol: Informe del 1º Seminario Internacional para Implantación de la Atención Farmacéutica en el sistema Único de Salud (SUS – Brasil)

# SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	5
PROGRAMAÇÃO DO SEMINÁRIO INTERNACIONAL PARA IMPLANTAÇÃO DA ATENÇÃO FARMACÊUTICA NO SUS.....	7
ATENÇÃO FARMACÊUTICA COMO ESTRATÉGIA PARA O USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS: REALIDADE E PERSPECTIVAS.....	9
A FARMÁCIA COMO PROFISSÃO CLÍNICA .....	15
ESTRATÉGIAS PARA A IMPLANTAÇÃO DA ATENÇÃO FARMACÊUTICA NOS SERVIÇOS DE SAÚDE: EXPERIÊNCIAS INTERNACIONAIS .....	19
ATENÇÃO FARMACÊUTICA: ALIANDO ENSINO, PESQUISA E PRÁTICA .....	53
RELATOS DE EXPERIÊNCIAS BRASILEIRAS NA IMPLANTAÇÃO DA ATENÇÃO FARMACÊUTICA NO SUS .....	63
APRESENTAÇÃO DAS PROPOSTAS DAS OFICINAS PARA IMPLANTAÇÃO DA ATENÇÃO FARMACÊUTICA NO SUS .....	85
CUIDADOS FARMACÊUTICOS: DE ONDE VIEMOS, ONDE ESTAMOS E PARA ONDE VAMOS .....	103
EQUIPE TÉCNICA .....	111



# APRESENTAÇÃO

Na Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica (2003) foram apresentadas 26 propostas para introdução e regulamentação da Atenção Farmacêutica no SUS, demonstrando o seu caráter universal e sua aplicabilidade em áreas essenciais, como: tuberculose, hanseníase, hipertensão, diabetes, DST/aids, planejamento familiar, saúde da criança e saúde mental.

Muito embora a introdução desse novo modelo de prática venha sendo estimulada nos últimos anos no País, ainda são necessárias mudanças substanciais nos serviços farmacêuticos prestados aos usuários do SUS, sobretudo, no que concerne à formação e qualificação dos profissionais para o novo modelo de prática em atenção farmacêutica que ainda é incipiente.

Diante disso, o Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos (DAF) tem realizado ações de incentivo à implantação da atenção farmacêutica no âmbito do SUS, como a promoção de intercâmbio entre os pesquisadores, gestores e farmacêuticos, para discutir aspectos metodológicos relevantes para a consolidação da prática e a avaliação do seu impacto nas citadas áreas essenciais. Tais ações são consideradas fundamentais para promover o uso racional dos medicamentos e para disseminar este tipo de cuidado aos usuários do SUS.

*Divaldo Pereira de Lyra Júnior*<sup>1</sup>

*Dirceu Brás Aparecido Barbano*<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> Farmacêutico, doutor em Ciências Farmacêuticas, professor do Curso de Farmácia da Universidade Federal de Sergipe, consultor Técnico do Departamento de Ciência e Tecnologia da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde.

<sup>2</sup> Farmacêutico, diretor do Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde.



# PROGRAMAÇÃO DO SEMINÁRIO INTERNACIONAL PARA IMPLANTAÇÃO DA ATENÇÃO FARMACÊUTICA NO SUS

DATA	ATIVIDADE	HORÁRIO
24/5	<b>Recepção e entrega do material</b>	17h30 – 18h
	<b>Cerimônia de abertura do evento</b> Dr. Moisés Goldbaum – Secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos/MS Dra. Lore Lamb – Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (Conass) Dr. Manoel Roberto da Cruz Santos – Diretor do Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos (DAF/SCTIE/MS) Dr. José Luís Castro – Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde	18h – 18h30
	<b>Palestra de abertura – Atenção farmacêutica como estratégia para o uso racional de medicamentos: realidade e perspectivas</b> Palestrante: Divaldo Lyra Júnior (DAF/SCTIE/MS)	18h30 – 19h30
	<b>Coquetel</b>	19h30
25/5	<b>Palestra – A Farmácia como profissão clínica</b> Coordenador: Divaldo Lyra Júnior (DAF/SCTIE/MS) Palestrante: Manoel Machuca González (ESP)	9h50
	<b>Mesa-redonda – Avaliando os resultados da Atenção Farmacêutica nos serviços de saúde</b> Coordenador da mesa: Djenane Oliveira (UFMG) Debatedores: Amanda Brummel (EUA) Manoel Machuca (ESP)	10h – 12h
	<b>Almoço</b>	12h – 14h
	<b>Mesa-redonda – Estratégias para a implantação da atenção farmacêutica nos serviços de saúde: experiências internacionais</b> Coordenador da mesa: Divaldo Lyra Júnior (DAF/SCTIE/MS) Debatedores: Linda Strand (EUA) Fernando Martinez (ESP) Alina Sanchez (CUBA) José Luís Castro (ARG)	14h – 18h

continua

	<b>Apresentação de Pôsteres</b>	18 – 19h30
26/5	<b>Palestra – Atenção farmacêutica: aliando ensino, pesquisa e prática</b> Coordenador da mesa: Josélia Frade (Centro de Pesquisa René Rachou/Fiocruz) Palestrante: Fernando Martinez (ESP)	9h – 9h50
	<b>Mesa-redonda–Relatos de experiências brasileiras na implantação da atenção farmacêutica no SUS</b> Coordenador da mesa: Manoel Santos (DAF/SCTIE/MS) Debatedores: André Santos da Silva (PE) Cassyano Januário Correr (PR) Leonardo César Tavares (SP) Mariana Linhares Pereira (MG)	10h – 12h
	<b>Almoço</b>	12h – 14h
	<b>Oficina para elaboração de propostas para implantação da atenção farmacêutica no SUS</b> Coordenadoras dos trabalhos: Josélia Frade/Wellington Barros	14h – 17h50
	<b>Apresentação de Pôsteres</b>	18h – 19h30
27/5	<b>Oficina para elaboração de propostas para implantação da atenção farmacêutica no SUS</b> Coordenadores dos trabalhos: Josélia Frade/Wellington Barros	8h – 12h
	<b>Almoço</b>	12h – 14h
	<b>Apresentação das propostas das oficinas</b> Coordenador da mesa: Nelson Silva (DAF/SCTIE/MS) Debatedores: Facilitadores das oficinas	14h – 16h
	<b>Palestra – Cuidados farmacêuticos: de onde viemos, onde estamos e para onde vamos</b> Coordenador: Divaldo Lyra Júnior (DAF/SCTIE/MS) Palestrante: Linda Strand (EUA)	16h – 17h
	<b>Encerramento</b> – Manoel Santos (DAF/SCTIE/MS)	18h

## PÚBLICO-ALVO

Gestores e farmacêuticos do SUS, professores, pesquisadores e estudantes de Farmácia.



# ATENÇÃO FARMACÊUTICA COMO ESTRATÉGIA PARA O USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS: REALIDADE E PERSPECTIVAS

## **Fala inicial do Coordenador – João Saraiva**

Gostaria de convidar para fazer a palestra de abertura deste evento o Prof. Divaldo Pereira de Lyra Júnior que é Farmacêutico e Mestre em Ciências Farmacêuticas pela Universidade Federal de Pernambuco, doutor em Ciências Farmacêuticas pela Universidade de São Paulo (USP), de Ribeirão Preto e pós-doutor de Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (USP). Divaldo é Consultor do Departamento de Assistência Farmacêutica do Ministério da Saúde e da Organização Pan-Americana da Saúde.

## **Palestra – Divaldo Lyra Júnior**

Boa noite a todos e a todas. Gostaria de agradecer a presença de vocês, farmacêuticos, gestores, pesquisadores e estudantes, em especial aos nossos convidados internacionais pela generosidade de vir colaborar conosco, em um momento tão importante. Acredito que este evento será a semente para a implantação da atenção farmacêutica no SUS, pois esta é uma ação visionária e revolucionária e estou feliz por poder participar deste processo.

Ação visionária como a iniciada na 3ª Conferência Nacional de Saúde (1963) quando, a partir das sérias críticas ao modelo vigente na época, foi proposta a municipalização dos serviços de saúde. A municipalização está em fase de implantação até hoje e foi fruto da consolidação de um Sistema Único de Saúde, o SUS, só introduzido 25 anos depois dessa Conferência.

Ação revolucionária como o Movimento Sanitário desenvolvido durante década de 1970, que a partir de estudos sobre o sistema de saúde vigente, passou a discutir a transformação de um modelo excludente, verticalizado, hospitalocêntrico, que privilegia a medicina de alto custo e que apresenta baixo impacto na melhora da qualidade de vida da comunidade por uma rede de atenção básica à saúde que sane ou minimize todos estes problemas.

Creio que sem esses antecedentes históricos nacionais e internacionais (como a Declaração de Alma Ata, em 1978) não seria possível na 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986) lançar uma proposta tão consistente de Reforma Sanitária capaz de possibilitar a construção de um consenso, a consolidação de princípios e estratégias, e de se articular para a disputa política na Constituinte. Mas, sobretudo, capaz de influenciar os Poderes Executivo e Legislativo na Constituição de 1988.

A Constituição Brasileira, promulgada em outubro de 1988, determinou que “a saúde é um direito de todos e dever do Estado”, ou seja, o Estado deve garantir “mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução dos riscos de doenças e outros agravos, o acesso universal e igualitário a ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde”. Para tanto, foi criado um novo modelo político e organizacional capaz de reordenar os serviços e ações sanitárias, denominado de SUS. Posteriormente, regulamentado pelas Leis nº 8.080 e nº 8.142 de 1990.

Na verdade, o SUS é amplo e se fundamenta em princípios doutrinários como a universalidade, integralidade e a equidade das ações de saúde, bem como, em princípios organizativos com a hierarquização e descentralização das ações sanitárias e na “participação popular” na gestão dos serviços.

À medida que o SUS foi sendo implantado na década de 1990, a profissão farmacêutica passou por uma séria crise, motivada principalmente por cerca de 20 anos de descaso com a farmácia e abandono do usuário de medicamentos à própria sorte. Em consequência, no ano de 1994, a então senadora Marluce Pinto (PMDB-RR) apresentou um projeto de lei (PL nº 4.385/94) para alterar a Lei nº 5.991/73, que dispõe sobre controle de drogas, medicamentos e insumos farmacêuticos. A meta do PL era desobrigar a presença do farmacêutico como responsável técnico dos estabelecimentos que fazem a dispensação de medicamentos como farmácias e drogarias.

Em 1997, o abandono da população chegou ao seu ápice, quando a mídia passou a noticiar um sério problema relacionado à falsificação de medicamentos no País, acarretando danos à saúde e morte da população. No ano seguinte, o MS propôs a venda de medicamentos em supermercados, como um meio de facilitar o acesso e garantir preços mais baixos, só proibida em 2004. Em 2000, foi instaurada uma Comissão Parlamentar de Inquérito para investigar denúncias sobre o mercado farmacêutico nacional, como o aumento abusivo de preços e o boicote aos medicamentos genéricos.

Na contramão desses acontecimentos, foi introduzido um novo modelo de prática no Brasil, em que um dos marcos iniciais foi a realização do I Concurso de Aconselhamento ao Paciente, em 1995, durante o XVIII Encontro Nacional de Estudantes de Farmácia (Enef), em Natal (RN). A partir daí, estudantes e professores envolvidos no processo despertaram para a necessidade de uma mudança de atitude quanto ao cuidado ao usuário de medicamentos. Em 1997, o movimento estudantil de Farmácia teve um papel de destaque no aprofundamento do debate, com a realização do XX Enef, no Recife (PE), cujo tema principal foi “A atenção farmacêutica: instrumento de saúde” que vislumbrava uma nova perspectiva para os próximos anos.

A convergência desses acontecimentos foi relevante para que diversas conquistas fossem alcançadas pela profissão e a sociedade, no final do século passado e início deste, como: apresentação do Substitutivo Ivan Valente (PT/SP), reafirmando o farmacêutico como agente fundamental para a prestação da assistência farmacêutica e propondo a transformação das farmácias e drogarias em estabelecimentos de saúde (1997), a aprovação da Portaria nº 3.916/98 – Política Nacional dos Medicamentos (1998), da Lei nº

9.787 – Lei dos Genéricos (1999), do Currículo Nacional de Graduação em Farmácia – Farmacêutico Generalista (2001), Resolução nº 357/CFR – Boas Práticas em Farmácia (2001), RDC nº 33 – Boas Práticas em Farmácia Magistral (2001) e da realização da Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica (2003). Esta “revolução silenciosa” desencadeou um processo de reconstrução da unidade profissional e de discussão sobre a humanização da assistência farmacêutica, como um pilar essencial das políticas sanitárias.

Entre essas conquistas, gostaria de destacar a aprovação da Política Nacional de Medicamentos (PNM) que, alicerçada nos princípios e diretrizes do SUS, passou a nortear todas as ações do MS quanto à gestão de medicamentos no setor público. Na PNM foram aprovadas algumas diretrizes como: a regulação sanitária; a garantia da segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos; a adoção da Relação de Medicamentos Essenciais (Rename); a promoção da produção de medicamentos e a capacitação de recursos humanos, bem como a reorientação da assistência farmacêutica, o desenvolvimento científico e tecnológico e a promoção do uso racional de medicamentos. As diretrizes visam nortear as ações nas três esferas de governo que, atuando em estreita parceria, deverão promover o acesso da população a medicamentos seguros, eficazes e de qualidade, ao menor custo possível. Baseado nisso, vou falar um pouco sobre estas diretrizes.

Quanto à regulação sanitária de medicamentos, a criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), em 1998, deu mais força e credibilidade ao setor, além de expandir o foco de atenção, com a implantação de medidas regulatórias específicas para a área de serviços de saúde. A diretriz que fala sobre a garantia da segurança, da eficácia e da qualidade dos medicamentos, também vem sendo adiantada a partir do incremento das responsabilidades e ações da Anvisa e a criação de centros nacionais de controle de qualidade.

Com relação à adoção da Rename, o MS realizou a evolução de preços em 1998/1999 e as revisões em 2002, além de 2006, que está em andamento, no sentido de proporcionar uma ferramenta atualizada e acessível aos serviços de saúde de todo o País. No que tange à promoção da produção de medicamentos, entre 2003 e 2006, o governo brasileiro fez um investimento total de R\$250 milhões na modernização e ampliação da capacidade instalada e de produção dos laboratórios farmacêuticos oficiais.

Com respeito à reorientação da assistência farmacêutica, o MS realizou, em 2003, a primeira Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica que visou traçar um quadro real a respeito da situação dessa área no SUS. A larga representatividade dos diversos segmentos que compõem a sociedade e a ampla discussão sobre o acesso, a qualidade e a humanização dos serviços farmacêuticos resultaram em quase 700 propostas, que permeiam toda a rede de serviços do SUS. Dessas propostas, 26 versaram sobre a introdução e a regulamentação da atenção farmacêutica no SUS.

Ainda em 2003, foi criada no MS a Secretaria de Ciência e Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE) que incorporou as funções da extinta Secretaria de Políticas

de Saúde, que atuava na formulação de políticas de saúde e em atividades no âmbito da atenção básica. Com a Secretaria, também foi criado o Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos (DAF) que substituiu a Gerência Técnica de Assistência Farmacêutica (GTAF) existente entre 2000 e 2003. Vale ressaltar que até 2000, a assistência farmacêutica não fazia parte da estrutura organizacional do Ministério da Saúde, funcionando como uma assessoria técnica ligada diretamente ao Secretário de Políticas de Saúde. Desde sua fundação, o DAF tem coordenado a execução e a consolidação das diretrizes e prioridades da Política Nacional de Medicamentos, além de formular políticas farmacêuticas que facilitem a melhoria do acesso, fortalecimento da gestão, qualificação dos serviços e dos recursos humanos, bem como a promoção do uso racional.

Em 2004, foi aprovada, a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. No ano seguinte, o DAF/SCTIE/MS, em parceria com o Núcleo de Assistência Farmacêutica da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (NAF/DCB/Ensp/Fiocruz) e Opas/OMS publicaram: “a avaliação da assistência farmacêutica no Brasil: estrutura, processos e resultados”, dentro da série “Medicamentos e outros insumos essenciais para a saúde”. Os resultados apresentados neste documento servem de instrumento para todas as esferas de governo e o controle social, na análise e elaboração de propostas para a reorientação das ações e políticas públicas.

Ainda sobre a reorganização da assistência farmacêutica, foi aprovada em 2006, a Portaria MS/GM nº 698, que definiu a nova forma de transferência dos recursos federais destinados ao custeio de ações e serviços de saúde em blocos de financiamento. O avanço desta portaria está associado à inclusão de um bloco específico voltado para assistência farmacêutica, incluindo as ações, responsabilidades e os serviços farmacêuticos na atenção básica.

No que tange ao desenvolvimento Científico e Tecnológico, o DAF, junto ao Departamento de Ciência e Tecnologia (DECIT/SCTIE/MS) e o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), lançou o edital nº 054, em setembro de 2005. O edital teve como objetivo contribuir para a produção do conhecimento científico na área de assistência farmacêutica, de forma a aprimorar a sua gestão no âmbito do SUS e promover a ampliação do acesso da população a medicamentos de qualidade e seu uso racional. Ademais, o edital foi um marco histórico, pois abriu as portas do fomento à pesquisa no País para a área de atenção farmacêutica. Como resultado foram aprovados 11 projetos de pesquisa (15% do total de projetos aprovados no edital), de dez diferentes estados, abrangendo todas as regiões do País.

Quanto à diretriz que trata do desenvolvimento e da capacitação de recursos humanos, o DAF, desde 2005, tem fomentado vários cursos e duas pós-graduações, como o Mestrado Profissionalizante (UFRGS) e a Especialização em Gestão Pública da Assistência Farmacêutica (UnB), assim como tem produzido instrumentos técnicos para estruturação e qualificação dos serviços, como o manual “Assistência farmacêutica na atenção básica: instruções técnicas para sua organização”, entre outros.

Finalmente, no que concerne à diretriz de promoção do uso racional dos medicamentos, várias medidas vêm sendo tomadas nos últimos anos, como: adoção dos genéricos (Lei nº 9.787/98), regulação e monitoração das propagandas (2000), promoção de cursos de capacitação de prescritores (a partir de 2002) e mais recentemente, a discussão sobre a criação do comitê do uso racional dos medicamentos, liderado pelo DAF, Opas/OMS e Anvisa.

O DAF promoveu em fevereiro de 2006, aqui em Brasília, o Fórum de Ensino e Pesquisa em Atenção Farmacêutica, no âmbito do SUS. Esse evento teve como metas: dar conhecimento e formação aos aprovados no Edital MCT-CNPq/MS-SCTIE-Decit-DAF – nº 54/2005, sobre as áreas essenciais para implantação da atenção farmacêutica no SUS. O Fórum proporcionou o intercâmbio entre mais de 40 pesquisadores atuantes na área e discutiu temas como: a necessidade de realização de estudos de impacto da atenção farmacêutica e a formação de uma rede de pesquisadores.

Agora, estamos abrindo o Seminário Internacional para Implantação da Atenção Farmacêutica no SUS. Acreditamos que este Seminário será mais um marco estratégico nas iniciativas de promoção do uso racional de medicamentos no País, pois no sentido mais literal, seminário significa “local onde se criam novas sementes”. Portanto, ao colocar como subtítulo “semeando o cuidado ao paciente e o uso racional de medicamentos” queremos deixar claro que todos os presentes têm o compromisso de colaborar com a implantação e disseminação desse novo modelo de prática no SUS.

Para muitos presentes, este pensamento pode parecer utópico hoje, principalmente, porque ainda vivenciamos problemas como a falta de inserção do profissional farmacêutico no sistema de saúde, a falta de medicamentos e de estrutura da assistência farmacêutica. Porém, apesar de não ter dados de morbimortalidade relacionada à farmacoterapia sabemos que, desde 1996, estas são as principais causas de intoxicação no País. Logo, estamos convencidos de que a implantação da atenção farmacêutica no SUS é fundamental para reduzir estes dados e proporcionar segurança ao usuário.

No nosso entendimento, a atenção farmacêutica está totalmente de acordo com o princípio doutrinário do SUS que é a equidade, ou seja, dar mais cuidado e acesso a quem precisa de mais cuidado e acesso.

Caros gestores, se partirmos do pressuposto de que o desperdício de medicamentos no País chega a 25%, imaginem os prejuízos que a sociedade tem quando os pacientes que usam fármacos de alto custo não sabem usar corretamente sua farmacoterapia, ou quando multiusuários de medicamentos como os idosos, geralmente hipertensos e diabéticos, apresentam problemas de efetividade e segurança dos tratamentos. Assim, ao cuidar de quem precisa de mais atenção, pode-se desencadear ações preventivas que reduzam a morbimortalidade relacionada aos medicamentos e transfiram recursos diretos (medicamentos, cuidados de profissionais de saúde) e indiretos (custo da internação, equipamentos de saúde etc.) que seriam utilizados em medidas curativas ou preventivas, para o cuidado a outros usuários do SUS, como por exemplo, na atenção básica.

A atenção farmacêutica também está fundamentada em diretrizes da PNM, ou seja, a sua implantação faz parte da reorientação da assistência farmacêutica e a sua prática pode ser entendida como uma estratégia na promoção do uso racional de medicamentos. Estratégia esta que quando aplicada àqueles usuários que utilizam mais medicamentos (idosos), que necessitam aderir ao tratamento (como os pacientes com tuberculose ou hanseníase), ou que precisam de cuidados especiais (saúde da criança ou saúde mental), os ajudarão a garantir a efetividade, a segurança e o cumprimento da farmacoterapia, otimizando os recursos destinados à garantia do acesso.

Diante disso, a inclusão da atenção farmacêutica no relatório final da 1ª Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica (2003) abriu a possibilidade da sua inclusão nas políticas futuras, demonstrando o seu caráter universal e sua aplicabilidade em áreas essenciais citadas, como: tuberculose, hanseníase, hipertensão, diabetes, DST/aids, planejamento familiar, saúde da criança e saúde mental. Logo, nós não estamos aqui para ser meros espectadores, mas atores de um processo de mudança que visa atender as diretrizes do SUS e da PNM, assim como, executar propostas da Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica.

Por todas essas razões, só foram selecionados ou convidados profissionais e pesquisadores que, de fato, têm algum serviço de atenção farmacêutica no SUS implantado ou em implantação. A meta deste evento é uni-los para que troquem experiências e se tornem mais fortes e efetivos, no desafio de semear esse serviço farmacêutico. Do mesmo modo, os gestores não estão aqui à toa, mas porque são aliados importantes para criar políticas e estruturar este tipo de serviço em seus municípios e estados e, por conseguinte, devem sair daqui esclarecidos e convecidos do retorno que esta prática poderá proporcionar aos usuários e ao SUS.

Isto posto, quero reiterar o agradecimento aos nossos convidados internacionais e dizer que eles serão fundamentais para conseguirmos vencer este desafio. Estou certo que o compartilhamento de suas experiências, a discussão dos erros e acertos na implantação desta prática em seus países, poderão abrir um relevante espaço para a discussão com gestores e farmacêuticos brasileiros. Creio que a partir destas reflexões, nós poderemos desenvolver modelos adaptados à realidade nacional e construir coletivamente uma agenda de implantação da atenção farmacêutica no SUS, semeando o cuidado humanizado ao usuário e o uso racional de medicamentos.

Bem, era isso que tinha a dizer, sucesso e muito obrigado.

# A FARMÁCIA COMO PROFISSÃO CLÍNICA

## Fala inicial do Coordenador – Divaldo Lyra Júnior

Bom dia a todos e a todas. Gostaria de convidar para fazer a primeira palestra do dia, o Professor Manuel Machuca González que é licenciado em Farmácia e doutor pela Universidade de Sevilha, sendo inclusive o primeiro doutor em Atenção Farmacêutica, da Espanha. Ele é Master em Atenção Farmacêutica pela Universidade de Valência, na Espanha e diplomado em Atenção Farmacêutica, pelo Peters Institute, na Universidade de Minnesota, EUA. Manuel é também um dos idealizadores da Metodologia Dáder, da Universidade de Granada e autor de vários livros na área. Atualmente, é farmacêutico comunitário e é responsável pelo seu *site*: Farmacoterapia Social.

## Palestra – Manuel Machuca González

Bom dia. É um grato prazer estar mais uma vez aqui no Brasil e por isso quero externar o meu agradecimento ao MS, em especial aos doutores Divaldo Lyra e ao Manoel Santos. Penso que este espaço será importante para trocarmos experiências e falarmos sobre a nossa prática. Assim, creio que poderemos ajudá-los a pensar sobre sua prática e os caminhos necessários para introduzi-la em seu sistema de saúde.

Fui convidado para falar da farmácia como profissão clínica. As perguntas que surgem frente ao título desta apresentação são: O farmacêutico é um profissional clínico? A atenção farmacêutica é uma profissão clínica?

As profissões existem porque são necessárias para a sociedade. Na atualidade, a sociedade requer uma profissão que responda às necessidades de morbimortalidade associadas ao uso de medicamentos, as mudanças dos modelos de enfermidade resultantes da cronificação de muitas patologias e as modificações dos modelos assistenciais.

Mas por que a atenção farmacêutica não funciona na Espanha? A atenção farmacêutica surgiu para responder as essas necessidades, e na Espanha foi a profissão farmacêutica quem a acolheu na esperança de protagonizar essas mudanças. Nesse contexto, foram criadas algumas premissas, como:

- a profissão encontrou uma salvação;
- uma justificativa para continuar dispensando medicamentos;
- renovação de um modelo profissional decadente;
- atenção farmacêutica = farmácia comunitária;
- atenção farmacêutica = farmacêutico.

Depois de alguns anos, entretanto, pode-se dizer que esse movimento profissional não tem funcionado na Espanha. A atenção farmacêutica na Espanha encontrou uma justificativa para a salvação da profissão diante das mudanças dos modelos de pla-

nificação da profissão, como se uma profissão dependesse dos modelos assistenciais do país onde está inserida. Também foi a desculpa para justificar a dispensação de medicamentos ou para tentar renovar um modelo profissional decadente. Ao invés de responder às necessidades da sociedade, optou-se por tentar resolver as necessidades do farmacêutico, e equiparar a atenção farmacêutica à dispensação na farmácia comunitária.

Apesar disso, o que realmente aspira a atenção farmacêutica é satisfazer de forma adequada as necessidades farmacoterapêuticas dos pacientes, tomando como base a indicação apropriada e o máximo efeito benéfico possível de todos os medicamentos, e que estes possam ser utilizados como desejado pelos pacientes, sem provocar novos problemas de saúde.

Na Espanha, um Consenso sobre Atenção Farmacêutica foi aprovado em 2001, mas com o passar do tempo foi demonstrado que não passava de uma maquiagem profissional. No meu país foi denominada atenção farmacêutica toda e qualquer atividade do farmacêutico, maquiando-se, assim a dispensação e a indicação de medicamentos nos casos autorizados, a realização de pesquisas sem uma estratégia definida, a confecção de folhetos de educação sanitária, entre outros.

O que ocorreu, de maneira definitiva, é o que sugere a frase de Giuseppe Tomasi de Lampedusa, em *El Gatopardo*: “que tudo mude, para que nada mude”. Essencialmente, mudar tudo, para que nada mude, ou seja, a essência inicial da atenção farmacêutica não era “fazer coisas”, “investigar coisas” ou ser propriedade do farmacêutico comunitário, mas sim, uma prática profissional que necessita ser exercida de verdade. Porém, esta prática se converteu numa moda, e teve muitos pais.

Nesse sentido, os professores de farmacologia e farmacoterapia se postularam como os professores da essência da profissão, além de criarem um grande número de modelos teóricos baseados em ideias não aplicadas à prática, mas apenas imaginadas. Não entenderam a essência da atenção farmacêutica, simplesmente porque nunca a exerceram. Se em algum momento a tivessem exercido, teriam comprovado que a atenção farmacêutica se expressa em necessidades farmacoterapêuticas não satisfeitas, que por sua vez têm sua causa em complexos modelos biopsicosociais, emergidos como consequência de enfermidades crônicas e do aumento da esperança de vida, fundamentada na necessidade de usar mais medicamentos. Portanto, não se encontrou ainda um modelo educacional que dê respostas às necessidades formativas do profissional que pretende exercê-la, nem se tem a intenção de fazê-lo a sério. E será realmente difícil, se os cursos de Farmácia não buscarem a formação necessária em disciplinas como Sociologia, Psicologia ou Antropologia, que parecem ser necessárias ao dia a dia.

Perguntamos-nos sempre, somos farmacêuticos especiais? Temos uma grande obsessão em demonstrar que somos especiais, quando na realidade tudo é inventado: nossa profissão é especial, nosso país é especial, nosso sistema sanitário é especial... Assim mesmo, ainda não se encontrou um modelo aplicável desta prática na farmácia comunitária, já que se pretendia fazer algo novo, com os recursos e estruturas clássicas anteriores, com o qual o fracasso, a curto ou médio prazo, tem sido o resultado até



agora e a resposta, ao invés de se buscar superar as limitações, tem sido o abandono ou a busca por modelos de exercícios profissionais mais rápidos, ainda que se deixe de lado o que necessita a sociedade. Sem dúvida, esta outorgará seu veredicto implacável.

Diante disso, surge uma nova pergunta: os médicos também são diferentes? Como aprende um clínico? Será algo novo?

A prática da atenção farmacêutica é uma profissão clínica, exercida por um profissional clínico, onde existam pacientes e se cumpram critérios bioéticos para toda a prática clínica. A prática tem como meta satisfazer as necessidades farmacoterapêuticas desses pacientes, com conhecimentos específicos, partindo de um histórico e de uma experiência única de cada paciente com os medicamentos. Por outro lado, a fabricação de medicamentos é algo técnico e exato, cujas propriedades são teóricas. O efeito sobre os pacientes é individual e imprevisível, tanto do ponto de vista clínico quanto humano. Logo, necessitamos aprender de outra forma.

A prática profissional deve ser independente e incompatível com outras atividades, bem como visível e compreensível para o paciente (*marketing*). Na prática é importante: estabelecer uma relação terapêutica baseada na confiança, ser sensível adiante das prioridades e expectativas do paciente, assim como vê-lo como alguém único. Apesar disso, não se prima por um desenho profissional adaptado às necessidades sociais, tampouco se tem em conta os princípios bioéticos de todas as profissões clínicas. Principalmente, porque a profissão farmacêutica não decidiu ainda se quer se responsabilizar pelas necessidades farmacoterapêuticas dos pacientes. Portanto, se quer efetivamente ser um profissional clínico, o farmacêutico deve mudar.

O processo de mudança requer que a prática da atenção farmacêutica cumpra Princípios Bioéticos, como qualquer outra profissão clínica, com benefícios (fazer o melhor para o paciente, sem impor critérios próprios, respeitando suas crenças, prioridades e expectativas e sem misturar outros interesses econômicos ou estratégicos), sem causar danos (avaliar toda a farmacoterapia, com a máxima informação possível, não fazendo “intervenções de balcão” e nem experimentos com os pacientes). O farmacêutico precisa agir com veracidade (dizer sempre a verdade, fornecer toda a informação disponível para que o paciente possa escolher a alternativa mais conveniente, adaptar a informação à situação e ao paciente concretos e não ocultar informações) e com equidade (não fazendo apenas para alguns pacientes em função de critérios convenientes ou quando lhe é mais conveniente, pois se trata de um processo sistemático para todo aquele que dela necessite). O profissional deve ser fiel e leal (não abandonando ou esquecendo seus pacientes, e sendo sempre sensível às mudanças de opinião dos mesmos), prezar pela autonomia (deixando a decisão final para os pacientes, respeitando as suas prioridades, sem persuadi-los, nem utilizando linguagem negativa às suas escolhas) e garantir a confidencialidade das informações recebidas (protegendo a privacidade do paciente).

Baseado no exposto, a prática profissional está acima de qualquer profissão. Afinal, nenhuma profissão obriga uma necessidade social a se moldar a ela. São as profissões

que devem responder às demandas sociais e não o contrário. Portanto, novas perguntas aparecem ao final: os farmacêuticos querem ser profissionais clínicos? Os cursos de Farmácia formam profissionais clínicos? Estão dispostos a enfrentar as consequências de dizer “sim” às questões anteriores?

Penso que não podemos ficar esperando se os farmacêuticos querem fazer ou não atenção farmacêutica, se os cursos de Farmácia querem ensinar ou não, se os governos a veem bem, se os médicos ou enfermeiras estão de acordo, se os pacientes a desejam. Existe um problema que podemos solucionar. Não esperemos ter respostas às perguntas que não podemos responder e que não importam. Sejam idealistas, e abordemos a necessidade social da atenção farmacêutica. Esqueçamo-nos de quem somos, aprendamos o que devemos ser.

Para finalizar quero deixar esta frase de Federico Mayor Zaragoza: “Nenhum pragmático mudou o mundo”, e dizer que temos de abandonar o discurso e nos dedicar mais à prática, pois assim teremos muito mais a contribuir com os nossos pacientes. Muito obrigado.

### **Coordenador – Divaldo Lyra Júnior**

Gostaria de agradecer ao doutor Manuel Machuca por sua brilhante apresentação. Bem, como o doutor Machuca ficará para a próxima mesa<sup>1</sup>, quero dizer que por uma questão de tempo as perguntas serão feitas após a próxima apresentação. Bem, agora faremos um intervalo e retornaremos após o *coffee-break*. Muito obrigado.

---

<sup>1</sup> Por um problema técnico, as palestras da doutora Amanda Brummel e o doutor Manuel Machuca, no tema: “Avaliando os resultados da atenção farmacêutica nos serviços de saúde” e as respectivas perguntas feitas após apresentações não foram gravadas.

# ESTRATÉGIAS PARA A IMPLANTAÇÃO DA ATENÇÃO FARMACÊUTICA NOS SERVIÇOS DE SAÚDE: EXPERIÊNCIAS INTERNACIONAIS

## Fala inicial do Coordenador – Divaldo Lyra Júnior

Boa tarde a todos e a todas. Antes de convidar nossos palestrantes eu queria explicar como será a metodologia do nosso trabalho. Primeiramente, apresentarão as suas experiências a doutora Linda Strand e o doutor Fernando Martínez. Então, nós faremos um intervalo e após o *coffee-break*, a doutora Alina Sánchez e o doutor José Luiz Castro farão suas apresentações. Logo após, vamos abrir para perguntas.

Bem, antes de começar eu queria, mais uma vez, externar aos quatro palestrantes, e para todos vocês, a felicidade que eu estou sentindo por estar aqui hoje. Creio que vocês irão se cansar de me escutar falando isso, mas para mim este momento é a realização de um sonho. Um sonho que não seria possível se eu não tivesse a colaboração de uma Comissão Organizadora que não ajudou apenas operacionalmente, mas como grandes companheiros de luta por um ideal. Penso que isso está fazendo com que nós tentemos, na medida do possível, realizar um evento histórico no Brasil.

Principalmente, porque há algo muito mais profundo do que as afirmações imaturas que são frequentemente ouvidas em nosso País: – eu faço atenção farmacêutica americana ou faço a atenção farmacêutica espanhola. Creio que a prática profissional não é latino-americana, europeia, ou norte-americana, mas uma prática única. Nós, farmacêuticos de todo o mundo, temos que buscar cuidar de nossos pacientes, usuários, clientes ou daquelas pessoas que vão ser atendidas por nós. Esse é o nosso compromisso fundamental.

Sem mais delongas, eu gostaria de convidar para compor a mesa a doutora Linda Strand, Professora Emérita da Universidade de Minnesota, nos Estados Unidos (EUA). Ela também foi professora da Universidade da Flórida e de Utah. Linda é autora do marco inicial da atenção farmacêutica em todo o mundo e muito nos honra com sua presença aqui. Também é coautora do livro “*Pharmaceutical Care Practice: the clinician’s guide*” e tem trabalhado no desenvolvimento da prática da atenção farmacêutica nos últimos 25 anos.

## Palestra 1 – Linda Strand

Boa tarde a todos. Primeiro, devo me desculpar por ter que falar em inglês, pois apenas recentemente comecei a dominar o Espanhol para conversação e o português está na minha lista. Sinto muito, mas vou falar devagar para que vocês possam captar

as ideias. Agradeço por todos aqui hoje, principalmente aqueles que me convidaram e tornaram esta conferência possível. Cumprimento o governo de vocês pela visão e pelo pensamento no futuro com a organização e o patrocínio deste simpósio. Isso significa muito para um governo que quer resolver os problemas reais de seu povo. Na verdade, sinto que vocês terão um relacionamento mais fácil com seu governo, do que eu tive com o meu. Espero que seja assim, pois trabalhamos por dez anos com nosso governo e só recentemente, conseguimos ser muito bem sucedidos.

Bem, pediram-me para abordar algumas coisas enquanto estou aqui e espero ser bem-sucedida nisso. Meu primeiro objetivo é compartilhar com vocês as estratégias e atividades que ocorreram no desenvolvimento dessa prática nos EUA, no entanto vou tentar focar nos eventos úteis para vocês. Quando conversamos com o pessoal do MS, em uma reunião prévia, fui tocada não pelas diferenças entre nossos países, mas pelas similaridades dos nossos sistemas de saúde. Claro que existem diferenças, algumas bem grandes, mas quero focar no que temos de similar para nos ajudarmos a atingir um objetivo grande e significativo, que é o de gerenciar a morbimortalidade relacionada aos medicamentos que aflige as nossas sociedades. Entendo que teremos mais benefícios se focarmos nessas similaridades e não nas diferenças. Assim, agradeço mais uma vez a oportunidade de poder compartilhar estas experiências, erros e sucessos com vocês nos próximos dias.

Quero começar dividindo minhas duas palestras neste evento em dois tópicos diferentes, que refletem a maneira como eu penso sobre o que está acontecendo com a prática farmacêutica ao redor do mundo. Acredito que já gastamos um bom tempo desenvolvendo estas práticas e isso é bom e ruim. Tivemos tempo suficiente para chegar ao ponto em que posso dizer que temos todas as ferramentas e componentes que nós farmacêuticos precisamos para prover atenção farmacêutica com sucesso.

Na verdade, levou 30 anos para chegar a isso. É um alívio dizer que tudo o que precisamos, está disponível para todos nós. Vou falar um pouco disso na minha primeira apresentação e no sábado vou focar no programa financiado pelo governo que foi aprovado como lei no Estado de Minnesota (EUA) e que esperamos tornar um modelo para o restante do país. Eu quero focar nisso porque é um programa financiado pelo governo e tem muitas semelhanças com o sistema de saúde de vocês. Trabalhei no desenvolvimento dele por dez anos e posso compartilhar essa experiência com vocês.

A minha primeira apresentação focará nas atividades desenvolvimentistas necessárias a fim de nos prepararmos para uma prática de cuidado aos pacientes. Estas mudanças são, principalmente, internas à profissão farmacêutica e necessárias para o sucesso da prática. Estas têm que ocorrer com sucesso para ter algo de valor para oferecer ao governo e seu povo. Estou muito impressionada com a qualidade das pessoas que conheci e que trabalham no governo, pessoas muito inteligentes, que exigem um serviço de qualidade para o seu povo.

Nossa responsabilidade como profissionais é estarmos preparados para prover um serviço de qualidade durante nossa prática profissional. Este assunto será aborda-

do durante minha exposição sábado, quando vou focar nas conexões que precisam ser feitas entre a profissão e o sistema de saúde, pois a farmácia precisa estar em ordem e bem preparada para prover um serviço de qualidade. Assim, podemos fazer conexões desta prática, muito facilmente, eficientemente e eficazmente com o sistema de saúde que existe em nossos países.

Neste momento, quero voltar um pouco ao início, pois tem alguns pontos que precisam ser colocados nesse meio tempo. Uma das coisas mais instigantes sobre essa reunião é o foco do governo no alcance do uso racional dos medicamentos. Foi minha busca por um processo de tomada de decisão para terapia com medicamentos que iniciou a prática da atenção farmacêutica há quase 30 anos. Eu era estudante e tive uma ideia louca de que se os farmacêuticos quisessem sobreviver no longo prazo, deveriam ter algo único para oferecer ao sistema de saúde. Comecei então a olhar para a maneira como os médicos tomam decisões sobre a farmacoterapia e descobri algo interessante. Os médicos, para estabelecer um diagnóstico, são ensinados em vários processos de tomada de decisões muito racionais. No entanto, a educação deles no processo racional chega somente até o diagnóstico, não tendo continuidade na terapia farmacológica e farmacêutica para o tratamento das doenças. Isso é documentado pela literatura quando relata como os médicos tomam decisões, porém nunca os culpei por isso porque não estão preparados para tomar decisões racionais sobre os medicamentos.

O governo brasileiro demonstrou preocupação pelos médicos não estarem usando a lista dos 200 principais medicamentos essenciais com a frequência adequada. Isso ocorre porque eles não têm um processo racional para tomar decisões sobre a farmacoterapia, ficando esse processo sujeito a influências que não são baseadas em evidências. A tomada de decisão pode sofrer influências da indústria farmacêutica, do *marketing*, dos seus colegas, de quase qualquer um. Assim sendo, fica muito difícil colocar informações racionais em um processo não racional de tomada de decisão e esperar que essa informação seja usada adequadamente.

Quando o governo diz que está buscando um uso racional de medicamentos, está pedindo a prática da atenção farmacêutica, pois a essência dessa prática está montada em um processo irracional de tomada de decisão. Quando fui buscar um processo racional de tomada de decisão para farmacoterapia só existia um processo conhecido da humanidade, que é o processo de solução de problemas no seu formato lógico. Ao desenvolver um sistema de tomada de decisão racional, ficou muito claro como a prática teria que ser estruturada. Esse mesmo processo é usado em Medicina, Enfermagem, Odontologia, Medicina Veterinária, ou seja, quando qualquer um cuida de alguém. Não temos escolha sobre isso, se quisermos ser levados a sério no mundo do cuidado de pacientes. Isso não é minha ideia, é o padrão que as nossas sociedades nos colocam quando cuidamos de pacientes.

É um processo de solução de problemas para as decisões envolvidas na farmacoterapia para um paciente. Essa prática, na sua base, é um modelo racional para tomada de decisão, que vai levar o governo a cumprir o objetivo do uso racional de

medicamentos. No entanto, não é suficiente dizer que queremos o uso racional de medicamentos, é necessário ter um processo e um indivíduo que o use de maneira muito estruturada e sistemática para atingir os resultados que seu governo, seu povo e vocês farmacêuticos querem atingir com o gerenciamento da morbimortalidade relacionada aos medicamentos.

Em 1990, fizemos um projeto que duraria cinco anos, em que trabalhamos a prática farmacêutica nas comunidades para definir como este processo de raciocínio seria usado pelos profissionais para gerenciar a farmacoterapia. Nesse projeto, que acabou durando sete anos ao invés de cinco, foi onde definimos a prática para ser o processo de tomada de decisão. Na prática, aprendemos com nossos colegas médicos e enfermeiros que, no cuidado aos pacientes, precisamos de um sistema de documentação abrangente e que reflita essa prática. Isso é muito importante, porque no cuidado do paciente somos legalmente, eticamente, profissionalmente e clinicamente responsáveis. A documentação do nosso trabalho é um elemento para sermos reconhecidos como provedores de cuidados para os pacientes.

Ensinamos cerca de 600 farmacêuticos em todo o mundo sobre essa prática, que usam um sistema parecido de documentação. Temos 30.000 pacientes que foram cuidados e documentados e os resultados registrados. Ocorreram 80.000 encontros de pacientes com farmacêuticos e provedores de cuidados.

No início de 2000, fizemos inúmeros programas de treinamento para estudar essa prática e determinar se era aplicável universalmente, que porções eram culturalmente sensíveis e como poderia ser eficaz em todo o mundo. Novamente, fico feliz em informar que o processo dessa prática independe de país, sistema de saúde e indivíduos. A prática está acima de todos nós, é um processo racional de tomada de decisão que todos nós podemos seguir para todos os tipos de pacientes. O mesmo processo é aplicado em ambientes ambulatoriais, em hospitais, para todas as condições médicas e todas as terapias medicamentosas. É a razão por que nós, como farmacêuticos, somos capazes de aprender a ser muito eficazes no fornecimento desse cuidado, pois sabemos que perguntas precisam ser feitas e que decisões precisam ser tomadas.

Em 2003, aprendemos algo que se tornou ainda mais importante do que eu poderia ter imaginado, que é o conceito da experiência com medicamentos. Essa experiência é o contexto em que cada paciente toma sua decisão sobre usar ou não um medicamento, quanto vão tomar, por quanto tempo e o que isso significa para eles. Isso mostra o contexto em que todos nós temos que tomar as decisões certas para cada paciente individualmente, pois cada um é diferente, tem necessidades, preferências e experiências culturais diferentes. É nesse aspecto que as diferenças de cultura, idioma e crenças e até em sistemas de valores pode ser manifestada na farmacoterapia. A experiência com medicamentos é como captamos a individualidade de cada um dos nossos pacientes, sendo que ela é revelada durante o desenvolvimento de um relacionamento terapêutico com cada um dos pacientes. É por isso que o cuidado farmacêutico deve ser praticado frente a frente, um a um, e precisa ser uma prática contínua em que o paciente é tratado com a ajuda da equipe de saúde e os farmacêuticos fazem parte dela.

Em 2004, tivemos oportunidade de testar muitas das nossas ideias quando essa prática se tornou padrão para todos os índios americanos, por meio do serviço de saúde deles. No Estado de Minnesota começou como um pequeno projeto e apenas recentemente foi ampliado para todo o estado. Estivemos bastante ocupadas pensando em como implantar isso agora.

Ainda em 2004, descobrimos algo muito interessante e fico constrangida por ter levado tanto tempo para saber disso. Durante a nossa prática utilizamos guias nacionais para as principais doenças: hipertensão, diabetes, asma, que vocês já conhecem e utilizam todos os dias. Enquanto cuidávamos dos pacientes, descobrimos que não podíamos administrar a farmacoterapia de um paciente usando os guias como são escritos. Esses guias são escritos no nível de evidências da população, na literatura, e quando se aplicam esses dados ao indivíduo na sua frente, existem grandes falhas ou espaços entre as informações que o guia nos oferece e as decisões que precisamos tomar para nossos pacientes. Ao descobrir isso, desenvolvemos referências de cuidados de saúde para oito das nossas dez principais condições médicas disponíveis para os farmacêuticos em todo o mundo, que querem cuidar dos pacientes. Esse foi um passo muito significativo, pois acredito que agora os farmacêuticos estão gerando novos conhecimentos com as experiências que estão tendo na prática de atenção farmacêutica. Uma vez que se começa a gerar novos conhecimentos para o sistema de saúde, muitas coisas mudam, e é este novo conhecimento que salvará, e já salva todos os dias, a vida das pessoas, além de tornar a vida delas mais confortável.

Nos EUA falamos de dinheiro o tempo todo, pois vivemos em um sistema capitalista e para oferecer um serviço precisamos receber um pagamento por isso. Na atenção farmacêutica isso é uma questão significativa, porque é um novo serviço e a quantidade de dinheiro que os nossos governos estão gastando com saúde é muito grande em todas as nossas sociedades. Ao introduzir a atenção farmacêutica em um sistema de saúde, estamos adicionando um novo serviço, e com isso aumentando o custo da saúde. Entretanto, os dados estão mostrando, que podemos devolver esse investimento numa razão de 5:1 e dependendo da subpopulação que estivermos avaliando, às vezes até de 10:1. Esta economia é muito significativa e, por isso, temos que desenvolver um mecanismo de pagamento por esses serviços. Poderíamos falar mais disso, mas meu objetivo aqui é descrever os componentes que vocês precisarão para controlar como ferramentas e recursos para fornecer um serviço de qualidade que o governo pode exigir para o seu povo.

Uma pergunta no início do dia de hoje foi sobre se nós farmacêuticos nos incluímos na profissão. Este é um problema, uma questão, uma pergunta que o tempo responderá. Uma pergunta ainda mais importante não é se a atenção farmacêutica se inclui na profissão, mas onde ela se inclui no sistema de saúde e se a contribuição que tem a oferecer é algo que os pacientes realmente precisam. Meu argumento é que sim, pois acredito que a atenção farmacêutica se inclui junto com o cuidado médico e o cuidado cirúrgico. Após ter pensado e trabalhado com isso por quase três décadas é que esse serviço será fornecido em nosso sistema de saúde, e espero que os farmacêuticos

sejam os escolhidos para fornecer esse serviço. Para que a atenção farmacêutica esteja perto do cuidado médico e de enfermeiros, é preciso um diálogo consistente com esses profissionais.

Agora temos tudo o que precisamos para sermos bem-sucedidos e acredito que merecemos uma posição na mesa com os demais provedores de cuidados aos pacientes. Para prepararmos nossos governos, para nos ajudar a prover esses serviços devemos esclarecer bem qual serviço estamos fornecendo, uma vez que ele precisa de nós para ser bem-sucedido.

Novamente quero destacar que essa é a prática de cuidado de pacientes consistente em todo o mundo. O médico precisa vir preparado com a filosofia de prática que defina as obrigações sociais que tem com a sociedade e seus pacientes. As responsabilidades específicas que precisamos preencher e a maneira como provemos esta responsabilidade centrada no paciente se dá por meio de um paradigma de cuidados. Estes são componentes não negociáveis de cuidados, sendo assim, se queremos ser reconhecidos como provedores de cuidados aos pacientes é com isso que devemos estar preparados, juntamente com o processo de tomada de decisão racional que é definido como o trabalho da farmacoterapia.

O processo de cuidado do paciente é a interação que tenho com ele para completar minhas responsabilidades. Essa interação visível toma a forma de um acesso a um plano de cuidados e uma avaliação de acompanhamento. Mais importante, o paciente trás com ele inúmeros recursos que precisamos aprender para administrar eficaz e eficientemente sua experiência medicamentosa, como seus desejos, necessidades, responsabilidades e valores.

Concluindo, em termos dos componentes que precisamos para apresentar e fornecer um serviço de qualidade quero focar no que é especial nesse serviço e que ninguém mais oferece no nosso sistema de saúde. Na prática da atenção farmacêutica fazemos as conexões entre o que realmente acontece com o paciente e as indicações ou a necessidade do medicamento, se o medicamento é adequado e efetivo para aquela indicação e se é seguro para aquele paciente, em especial nessa condição médica e nessa farmacoterapia. Não tem outro profissional no processo de cuidados de saúde que seja capaz de fazer isso com este nível de detalhamento, de maneira racional, que leva a identificar onde podem estar os problemas da farmacoterapia.

Em cada passo desse processo racional temos que buscar identificar os problemas da farmacoterapia de uma maneira muito sistemática e abrangente, ou não atingiremos os padrões esperados de provedores de cuidado aos pacientes. Para isso, cada paciente deve receber o mesmo nível de cuidado e da mesma forma todos os médicos. Apesar disso, alguns fazem melhor, outros não tão bem, alguns fazem de maneira diferente, mas os farmacêuticos e os médicos e nosso sistema de saúde precisam garantir que esse seja o nível de abrangência de cuidado que forneceremos aos nossos pacientes. Essa é a nossa contribuição específica em um processo que permite identificar quando os problemas estão no caminho, estabelecendo objetivos de terapia para todos, in-



cluindo o enfermeiro, o médico e o paciente, e avaliando exames laboratoriais, sinais e sintomas para verificar sua eficácia. O outro lado da equação é a busca por reações adversas aos medicamentos e toxicidade. É muito direto, cada farmacêutico que conheci é capaz de fornecer esse cuidado e cada paciente que atendi foi beneficiado pela atenção farmacêutica.

Com isso, conluo e quero reforçar o fato de que agora temos todos os componentes de que precisamos como profissão para nos educar, estabelecer práticas e trabalhar com o governo a fim de conseguir o apoio, o reconhecimento e o pagamento que precisamos para fornecer esse serviço de qualidade, diariamente. No sábado, falarei mais sobre como acumular estes recursos e fornecê-los ao governo para atingir os resultados que queremos. Muito obrigada.

### **Coordenador – Divaldo Lyra Júnior**

Gostaria, mais uma vez, de agradecer a doutora Linda Strand e chamar agora o doutor Fernando Martinez para fazer sua apresentação. O professor doutor Fernando Martínez é licenciado em Farmácia e também em Ciências Químicas, é doutor em Farmácia. Ele é professor e foi decano por oito anos da Faculdade de Farmácia da Universidade de Granada, Espanha. Atualmente, é o decano dessa universidade. Além disso, é o diretor da cátedra de Atenção Farmacêutica, membro do Grupo de Investigação de Atenção Farmacêutica e diretor do Programa de Doutorado em Atenção Farmacêutica, na Universidade de Granada. Por fim, é diretor dos Másteres Internacionais de Atenção Farmacêutica.

### **Palestra 2 – Fernando Martinez**

Gostaria, inicialmente, de agradecer ao MS, assim como à Comissão Organizadora, por me permitirem compartilhar com todos os senhores estas reflexões sobre atenção farmacêutica. Ao mesmo tempo, peço desculpas por não ter podido colocar em português esta apresentação, a fim de que fosse mais fácil para todos os senhores acompanhá-la. Entretanto, vou falar devagar para compensar a possível tradução que vier a ser feita.

Bom, as minhas reflexões serão eminentemente práticas para que possam servir de experiência para a implantação da atenção farmacêutica em seu país. Às vezes, divagamos sobre se as possibilidades de implantação são viáveis. Creio que são viáveis em países que buscam uma atenção sanitária universal e igualitária, espero compartilhar essa ideia com os senhores. Portanto, peço aqui permissão para que este modesto acadêmico não fale de dinheiro, nem de remuneração, mas que fale, sim, sobre satisfação profissional.

Hoje, enquanto escutava as palestras anteriores, eu observava que talvez o primeiro passo seja entrar em um consenso sobre o que entendemos por atenção farmacêutica, pois, após ouvir o que foi dito aqui, fiquei pensando que este conceito necessita

de um profissional que prescreva, mas não precisa ser médico; que tenha conhecimentos sobre medicamentos, mas que não precisa ser farmacêutico; que saiba sobre estratégia terapêutica, mas que não seja nem farmacoterapeuta e nem médico; que tenha conhecimentos sobre os aspectos ou problemas do paciente – sejam eles emocionais, sociais ou psicológicos –, mas que não seja nem psicólogo, nem sociólogo. Às vezes, chego a pensar que deveria ser um padre – com todo respeito.

Eu diria, inclusive, que tendo sido decano durante oito anos, eu não gostaria de ser decano de uma faculdade que tivesse como objetivo a formação de um profissional com estas características, pois me veria no desempenho de uma missão impossível de ser realizada. Com base, então, nesta introdução – e desculpem a ousadia e o atrevimento – defendo há muitos anos o que conheci e conheço como a farmácia sendo nada mais que a farmácia. Enquanto eu pertencer a uma Faculdade de Farmácia, como a de Granada na Espanha, é isso que vou continuar defendendo.

Diante disso, o que temos que estabelecer não é “se eu quero” ou “se eu fosse”; precisamos estar atentos à direção que deve ser tomada. Se alguém, que fosse presidente de Governo ou ministro de Saúde, quisesse implantar algo, o que deveria lhe ser perguntado? Ou seja, suponhamos que acabo de chegar ao MS, o primeiro questionamento seria: o que é a atenção farmacêutica? Defina atenção farmacêutica! Em segundo lugar, eu perguntaria: por que tenho que implantá-la? Por que seria necessário implantar, o que chamo de tecnologia sanitária? Quais são suas vantagens? Em terceiro lugar, quem pode desenvolver esta atenção farmacêutica? Por favor, desculpem a ousadia, a ignorância deste que vos fala, mas quem pode desenvolver a atenção farmacêutica? Onde? Como vamos tornar real a atenção farmacêutica? Adicionalmente, eu perguntaria: será que nós dispomos de métodos para realizar pesquisas e desenvolver metodologias para colocar em prática esta atenção farmacêutica? Além disso, o profissional que será responsável por realizar a atenção farmacêutica é formado? E ainda, está regulada? Faz-se necessária uma regulação legal? Quanto a esta pergunta, posso adiantar que vou tentar respondê-la ao longo desta minha intervenção.

Na Espanha, como os senhores já sabem, a atenção farmacêutica brotou, nos anos 90, do exemplo de minha colega e amiga professora Strand, à qual volto a manifestar minha admiração e agradecimento. Dos milhares de estudantes que saíram da Faculdade de Farmácia de Granada, e da Espanha, insurge – e assim está escrito e demonstrado – que os pacientes necessitam de ajuda com os medicamentos. Portanto, trata-se de uma necessidade social.

Assim, quando o termo *Pharmaceutical Care* é traduzido para o espanhol, passamos a falar em atenção farmacêutica. Não concordo muito com esta tradução, pois observem bem a discrepância: o farmacêutico sempre viu a atenção farmacêutica como serviço de assistência farmacêutica, aqui no Brasil. Isso acaba por criar um problema na Espanha, onde temos uma farmácia, com defeitos e virtudes, mas onde tivemos muitos, não todos, farmacêuticos com grande profissionalismo. Contamos com uma farmácia pouco estruturada, pouco regulada, pouco protocolizada ou o que quer que seja, mas

com bons e importantes farmacêuticos. E o fato é que isto faz com que se estabeleça uma controvérsia no país, fazendo com que o próprio Ministério convoque um painel de especialistas a fim de que se chegue a um consenso, e esse, em minha opinião, é um passo importante.

Teoricamente, já temos claro o conceito de atenção farmacêutica. Eu insisto: teoricamente. Como professor, vou citar um exemplo: outro dia estive em um simpósio, no qual uma das mesas-redondas tratava sobre como opinavam os médicos a respeito da participação do farmacêutico na atenção farmacêutica. Neste encontro, os participantes médicos eram presidentes do que conhecemos como “*Colégio Profissional*”, no México. Quando o presidente do colégio de um Estado – o que na Espanha são comunidades autônomas, aqui seria um Estado – definiu para mim o conceito de atenção farmacêutica, eu disse: “olha, ou nós não soubemos explicar aos senhores e aos profissionais médicos o que é a atenção farmacêutica, ou os senhores entenderam mal, pois em nossa explicação mencionamos que a atenção farmacêutica – e, neste caso, como veremos mais adiante, o seguimento farmacoterapêutico – era uma ferramenta que poderia ser utilizada para melhorar a farmacoterapia.” Neste instante ele me falou: “Adiante! Conte conosco!”. Portanto, o conceito é a chave de tudo.

Um painel de especialistas – o que se conhece como documento de consenso do Ministério – estabeleceu que dentro do elenco de serviços farmacêuticos, o que poderíamos chamar de assistência farmacêutica pode ser distinguida em dois grandes blocos, que são as duas colunas da profissão farmacêutica: as atividades dirigidas ao produto e as atividades dirigidas ao paciente ou à interação entre paciente e produto. Há séculos estes são os pilares desta profissão. Logo, o que queremos é criar novas profissões? Não! Não é necessário! Não gastemos com isso! Vamos adequá-la.

A partir daí, surge e chega-se ao consenso que a atenção farmacêutica é o conjunto de todas as atividades orientadas ao paciente, mas quais são as três atividades-chave? A dispensação, a indicação ou consulta farmacêutica e o seguimento farmacoterapêutico. E digo que não sei qual destas três atividades é a mais importante. Por isso, vou desenvolver as três por igual.

Este documento de consenso define a atenção farmacêutica de uma forma bastante clara como a participação ativa do farmacêutico na assistência ao paciente, na oferta de medicamento e seguimento ou acompanhamento de um tratamento farmacoterapêutico, cooperando com o médico e outros profissionais sanitários, a fim de atingir resultados que melhorem a qualidade de vida do paciente. Colabora também para a atuação do farmacêutico em atividades que proporcionem boa saúde e previnam as enfermidades. Isto é a atenção farmacêutica.

Dentro desta atenção farmacêutica temos atividades claramente definidas que, de acordo com este documento de consenso, *Pharmaceutical Care* equivale ao seguimento farmacoterapêutico. Portanto, quando falamos na Espanha de seguimento farmacoterapêutico, estamos falando de *Pharmaceutical Care*. Assim, já temos clara a resposta à primeira pergunta – quem pode ou deve prestar atenção farmacêutica? Sabendo

que atenção farmacêutica envolve atividades de dispensação, indicação e seguimento farmacoterapêutico.

Agora que temos claro o conceito nos resta responder, então, onde a atenção farmacêutica deve ser implantada. A resposta é em todos os níveis assistenciais em que existam pacientes, medicamentos e preocupação com a saúde. Na Espanha, estamos falando em atenção primária ou farmácia comunitária e em hospitais, sendo que dentro desses estão envolvidos a consulta externa, serviços de observação, serviços de urgências, etc. Isso não significa que não possa haver outras possibilidades onde a presença do farmacêutico deva ser chave.

A Lei de 1997, entretanto, que regula os serviços das farmácias comunitárias, em seu artigo 1º, diz: “a farmácia comunitária é um estabelecimento sanitário”. Esse é o primeiro ponto a ser modificado, pois os senhores sabem o que significa ser um estabelecimento sanitário. Se a farmácia é um estabelecimento sanitário, necessita contar com um profissional formado e qualificado à sua frente, assim como algumas condições necessárias para ser denominada como tal. Na Espanha, acaba de ser desenvolvido, um plano estratégico de política farmacêutica, no qual um dos objetivos é conseguir um serviço de maior qualidade para as farmácias comunitárias, assim como prevenir problemas relacionados com os medicamentos como estratégia de melhora da qualidade da farmacoterapia.

Nesse sentido, o próprio Ministério da Saúde da Espanha propõe uma série de medidas que visam desenvolver programas de atenção farmacêutica, incorporar os farmacêuticos comunitários na distribuição gratuita de cuidados médicos e medicamentos, bem como no seguimento farmacoterapêutico em residências de idosos, potencializar as relações entre farmacêuticos, médicos e farmacologistas clínicos para melhorar os resultados farmacoterapêuticos, e organizar ações de formação em atenção farmacêutica para farmacêuticos.

Existe um projeto para uma nova lei farmacêutica e de medicamento, em que alguns de seus títulos, como os de número II e III, dispõem sobre a atenção farmacêutica na farmácia comunitária, em serviços de farmácia hospitalar e centros sanitários e sócio-sanitários, inclusive nas penitenciárias. Esse mesmo projeto de lei estabelece como objetivo da atenção farmacêutica conseguir que os tratamentos com medicamentos obtenham os melhores resultados terapêuticos. Em seu artigo 15, que discorre sobre o seguimento farmacoterapêutico, preconiza que sejam detectados, prevenidos e solucionados problemas relacionados aos medicamentos, em colaboração com o médico. Diante disso, gosto sempre de falar que, com a atenção farmacêutica, ou o seguimento farmacoterapêutico, não resolvemos os problemas, mas sim ajudamos a resolver em colaboração com o outros profissionais, após estabelecidas as condições do acordo que venha a ser realizado e, é claro, mantendo a confidencialidade da ficha farmacoterapêutica.

Continuando a desenvolver aquela série de perguntas feitas no início, necessitamos de métodos. Logo, o que temos feito há quase 15 anos é investigar, com o propósito de que todas as atuações se registrem e, portanto, possam ser avaliadas, utilizando-se

procedimentos normalizados de dispensação, indicação e seguimento farmacoterapêutico. Assim, definimos a dispensação não apenas como a entrega de medicamentos, mas também vamos diferenciá-la da venda de medicamentos, portanto ela foi incluída no conceito de atenção farmacêutica e considerada como uma atividade clínica. A dispensação foi definida como a atuação profissional do farmacêutico proporcionando ao paciente além do medicamento ou produto sanitário, os serviços clínicos que acompanham a entrega do mesmo com o objetivo de melhorar o processo de uso.

Pode ser observado no próprio documento de consenso do Ministério da Saúde espanhol uma modificação no conceito da dispensação, determinando que a mesma deveria passar a assumir uma atitude ativa, independente do paciente demandar ou não esse serviço. Outro ponto a ser considerado é o fato de o farmacêutico assumir a responsabilidade sobre os resultados do uso do medicamento diante de um requerimento concreto. Portanto, resumimos que a dispensação é um tema farmacêutico mais complexo, não se tratando de algo tão simples, como costumamos propagá-la. Muitas vezes a vendemos como algo que oferece cobertura a todos os 'usuários das farmácias, de maneira ágil, integrada à rotina diária, acarretando na produção de um fluxo de informação entre o paciente e o farmacêutico – e vice e versa – com um objetivo central e um resultado final, que é entregar ou não o medicamento, sem o encaminhamento do paciente ao médico ou consulta prévia com o mesmo.

Os objetivos desta atividade ficam bem claros, pois se trata de entregar os medicamentos em condições ótimas e de acordo com a normativa legal, bem como proteger o paciente contra eventuais problemas relacionados aos medicamentos. O que não podemos – e este é outro tema que gostaria de deixar aqui sobre a mesa – é desconectar a dispensação do seguimento farmacoterapêutico. De fato, estamos trabalhando em um protocolo normatizado para que ela possa derivar no seguimento farmacoterapêutico. Logo, estas não são funções separadas dentro de uma farmácia comunitária.

Quanto ao método, estamos distinguindo, neste trabalho de pesquisa ou de desenvolvimento de protocolo de investigação, o que é a atividade de dispensário inicial daquilo que venha a ser a repetição e o seguimento desta atividade. Desta forma, temos desenvolvido fluxos de trabalho em ambos os processos, onde fica estabelecido como, a partir desta dispensação inicial, o farmacêutico pode chegar à conclusão de dispensar o medicamento ou encaminhar ao médico, ou ainda a outros serviços farmacêuticos que estejam incluídos dentro da atenção farmacêutica.

Da mesma maneira, estamos desenvolvendo também um método de indicação farmacêutica, que é definida pelo próprio documento de consenso, como o processo por meio do qual o farmacêutico responde à pergunta de um paciente sobre o que lhe seria oferecido para um determinado problema. Por definição, este é um serviço prestado por um farmacêutico perante a demanda de um paciente que chega à farmácia sem saber que medicamento deve adquirir e solicita ao profissional o tratamento mais adequado para um determinado problema concreto de saúde. Durante o processo de indicação farmacêutica é feita uma breve entrevista para descobrir o motivo da consul-

ta, conhecer os medicamentos que o paciente utiliza e saber se há outros problemas de saúde. A partir dos dados levantados é feita uma avaliação do problema e as decisões são tomadas baseadas em alguns objetivos concretos que desenvolvemos por meio de um programa chamado Dáder.

Já temos dez anos de experiência neste programa, e é parte extremamente importante no desenvolvimento do Dáder. Além disso, desenvolvemos outra metodologia para a indicação; e estamos a ponto de desenvolver o correspondente à atividade de dispensário. Os objetivos deste programa são desenvolver o conceito de indicação, aprofundar o papel do farmacêutico no tratamento do que denominamos como “sintomas menores” e estabelecer mecanismos ágeis de decisão adaptados à dinâmica habitual de trabalho na farmácia. É claro que teremos que incluir critérios de encaminhamento ao médico, que permitam ao farmacêutico identificar as situações que podem ser por ele tratadas, assim como favorecer um processo de melhora contínua na indicação de medicamentos, mediante conhecimento do resultado.

Com este programa buscamos o desenvolvimento de um protocolo que vise desenvolver a indicação farmacêutica – outra atividade dentro do conceito de atenção farmacêutica – dispondo de guias clínicas e de indicação para o que chamamos “sintomas menores”, em que o farmacêutico pode desempenhar um papel relevante. Será feito um piloto do programa acima mencionado que contará com a participação de 600 farmácias distribuídas em 20 das 52 províncias da Espanha, ou seja, quase metade das províncias estará envolvida no processo durante seis meses. O desenvolvimento deste processo de indicação deve seguir uma sequência em que, primeiramente, teremos que definir “sintoma menor” e depois disso, por meio de protocolos, indicaremos um medicamento para o problema de saúde apresentado, de acordo com uma guia de indicação (ou receita). Quando for constatado um problema mais grave, que não se encaixe no conceito de “sintoma menor”, o paciente será encaminhado ao médico.

O seguimento farmacoterapêutico também está definido de forma clara e taxativa no documento de consenso, como uma prática profissional, mediante a qual o farmacêutico se responsabiliza pela necessidade do paciente relacionada com os medicamentos e ajuda a detectar, prevenir e resolver problemas relacionados aos mesmos. Deve ser uma prática continuada, sistematizada e documentada, colaborando com o paciente e com o restante da equipe de saúde, buscando alcançar resultados concretos que melhorem a qualidade de vida dos pacientes. Os objetivos deste seguimento farmacoterapêutico personalizado são: garantir a obtenção da máxima efetividade dos tratamentos; minimizar os riscos associados ao uso dos mesmos; contribuir para o uso racional dos medicamentos – entendo que esta é a principal ferramenta terapêutica de nossa sociedade –, e melhorar a qualidade de vida dos pacientes.

Faz dez anos que a metodologia Dáder está implantada como um programa cujos objetivos estão voltados à atenção primária e hospitalar. No âmbito da atenção primária temos as farmácias comunitárias, centros de saúde, ambulatórios e residências de idosos; enquanto que na atenção hospitalar temos serviços de urgência, observação,

serviços especializados e consulta externa. Este método possui uma sequência de atuações, com o desenvolvimento de um estado de situação, uma fase de estudo, avaliação e intervenção. O resultado desta intervenção é analisado com um fluxograma, onde estabelecemos, sistematicamente, o nível assistencial do seguimento farmacoterapêutico, que em um determinado momento parece muito complexo, mas que, na prática diária, se torna fácil e rápido. Com este seguimento farmacoterapêutico buscamos garantir uma farmacoterapia necessária, efetiva e segura.

Com todo respeito às outras metodologias, o estado de situação do método Dáder é uma preciosidade. Quando incorporado aos programas de gestão, fazendo uso de tecnologias da informação, passam a ter em uma única folha o estado de saúde total deste paciente. Não vamos parar para mencionar como fazemos uso disto, mas se há algo de que nos sentimos orgulhosos é deste estado de situação passo a passo, em que temos a foto do paciente, seus problemas de saúde confrontados com os medicamentos que estão sendo utilizados – se estiverem sendo utilizados – e onde estabelecemos a necessidade, a efetividade e a segurança, incorporando as suspeitas e possibilidades de resultados negativos que a farmacoterapia eventualmente poderia vir a causar.

Quanto à folha de intervenção não me sinto tão orgulhoso dentro do grupo, pois ela é bastante passível de melhoras e precisamos trabalhar nisto na metodologia Dáder. Para ilustrar um pouco do que estou falando, temos alguns resultados do Dáder em farmácia comunitária entre os anos 2000 e 2006: são 1.587 farmacêuticos aplicando este método em 1.180 farmácias, com 14.853 intervenções. Tomando por base a classificação de PRM que utilizamos que trata de problemas de necessidade, efetividade e segurança, observem que, sobre os que sofreram intervenção, praticamente 25% são problemas de necessidade, e não problema de saúde não tratado; 5,2% também são problemas de necessidade associados a um medicamento desnecessário; e no caso da efetividade, variamos entre 16,6% não quantitativa e 19,7% quantitativa; e em segurança, 23,1% não-quantitativa e 10,6% quantitativa.

Analisamos também as causas destes resultados negativos, apesar de existirem várias publicações no sentido de que as causas são as interações de descumprimento e duplicidades, praticamente 77% não são nenhuma das anteriores. Portanto, com isto, estamos falando que a entidade das causas está além das clássicas sobre as quais sempre falamos. A via de comunicação, conforme podemos observar, chega a 31% para a verbal farmacêutico-paciente, e a 37% a verbal farmacêutico-paciente-médico. Quanto aos resultados das intervenções, observem que, quando a intervenção do farmacêutico foi aceita pelo médico, praticamente 78% dos problemas de saúde foram resolvidos. Logo, estamos justificando porque é necessário implantar a atenção farmacêutica.

Para terminar, sentimos-nos muito orgulhosos de que esta metodologia, que está presente na Espanha, também esteja presente na América, Brasil, Chile, Argentina, Colômbia, Bolívia, Costa Rica e Venezuela. Logo, estamos trabalhando um aspecto importante que é desenvolver metodologias que sejam aplicáveis e que, definitivamente, marquem o futuro da profissão farmacêutica. Isto é o que vamos – e todos devemos – defender. Muito obrigado.

## **Coordenador – Divaldo Lyra Júnior**

Gostaria mais uma vez de agradecer o doutor Fernando Martinez e convidar a professora Doutora Alina de las Mercedes Martinez Sanches, de Cuba. A doutora Alina é licenciada em Ciências Farmacêuticas; mestre em Educação; doutora em Ciências Pedagógicas para o Ensino da Atenção Farmacêutica pela Universidade do Oriente, Cuba. Kursou o módulo de Prática de Máster de Atenção Farmacêutica na Universidade de Valencia, na Espanha; é consultora do documento “*Pharmacy for the Future*” editado pela Federação Internacional de Estudantes de Farmácia. Foi consultora da Conferência Pan-Americana de Ensino em Farmácia; fez pós-doutorado no Hospital Universitário da USP, em São Paulo, para o desenvolvimento da Atenção Farmacêutica no Brasil. Atualmente, é professora e diretora do Departamento de Farmácia da Universidade do Oriente, Cuba.

### **Palestra 3 – Alina Sanchez**

Antes de qualquer coisa, gostaria de agradecer a todas as pessoas responsáveis pela minha presença aqui hoje, participando com todos os senhores, deste espaço de reflexão e, sobretudo, de construção de conhecimento. Às vezes, erroneamente, cremos que já sabemos tudo, no entanto, não sabemos nada. A vida é um aprendizado contínuo, de maneira que hoje estamos todos aqui também aprendendo e refletindo sobre o que fazemos em nosso dia a dia.

Pretendo satisfazer os objetivos deste seminário, pois o que me foi dito quando tive a honra de receber o convite é que trouxesse, basicamente, a experiência que temos em Cuba, ou seja, como caminhamos para tentarmos chegar à implantação da atenção farmacêutica. Por que eu digo tentar chegar à implantação? Porque faço parte daquele grupo que pensa que aquilo que não conhecemos e que não temos padronizado e generalizado é pouco provável que consigamos implantar, sobretudo quando estamos falando sobre uma nova tecnologia, que, sob o nosso ponto de vista, e levando em consideração as características de nosso sistema de saúde, vai gerar novas relações. Portanto, isso requer um processo de amadurecimento.

Neste sentido, o que venho trazer para os senhores é justamente como vamos caminhando em Cuba neste rumo. Entretanto, acredito que, para isso, seja importante identificarmos quais são as características gerais do sistema de saúde cubano, a fim de que possamos saber onde vamos colocar esta atenção farmacêutica.

Primeiramente, temos um Ministério, que é o organismo gestor de todo o sistema nacional de saúde, encarregado de dirigir, executar e controlar a aplicação da política do Estado e do governo no que diz respeito à saúde pública, ao desenvolvimento das ciências médicas e à indústria médico-farmacêutica.

Como está estruturado, em sentido geral, o sistema de saúde cubano? Ele conta com um Ministério Nacional de Saúde Pública, ao qual se subordinam os centros universitários, institutos de pesquisa e assistência médica altamente especializada e a em-



presa de comércio exterior importadora e exportadora de equipamentos tecnológicos médicos. Em seguida, vêm as Diretorias Provinciais de Saúde, às quais estão subordinados os hospitais provinciais e intermunicipais, os bancos de sangue, os centros provinciais de higiene e epidemiologia, os centros formadores de técnicos de nível médio e a rede de farmácia e ótica. Vale ressaltar que Cuba tem 14 províncias e um município especial – aliás, um município especial muito interessante, sobretudo porque dizem tratar-se da “ilha da juventude”. Em todas estas províncias, contamos com as chamadas Diretorias Provinciais de Farmácias e Óticas, e, mais adiante, veremos que papel têm desempenhado estas diretorias neste caminho que estamos transitando acerca da atenção farmacêutica. Por fim, temos ainda as diretorias municipais de saúde, onde estão os policlínicos, os hospitais, enfim, tudo aquilo que se encontra em nível de municípios.

O sistema de saúde cubano tem um caráter estatal e social com: acessibilidade gratuita aos serviços de saúde; uma orientação profilática; uma aplicação adequada do avanço da ciência e da técnica; conta com a participação da comunidade e da inter-setorialidade; conta com a colaboração internacional e funciona com uma centralização normativa e uma descentralização executiva.

Quais são os componentes do sistema nacional de saúde cubano? Atenção médica preventiva, curativa e de reabilitação; assistência a idosos com impedimentos físicos e mentais, assim como outros deficientes; controle higiênico-epidemiológico; formação, especialização e educação continuada de profissionais e técnicos; pesquisa e desenvolvimento das ciências médicas; estatísticas de saúde; informações técnico-científicas; promoção de saúde; garantia de provisão não médica de manutenção do sistema; garantia tecnológica e médica; e a produção, distribuição e comercialização de medicamentos e equipamentos médicos.

Quando começamos a trabalhar no campo da atenção farmacêutica não estabelecemos nenhuma estratégia para a sua implantação no país, mas nos aproximamos da Diretoria Nacional de Farmácia e Ótica, para saber como andavam as coisas neste sentido. Até hoje as estratégias que existem são as seguintes: desenvolvimento da rede da farmácia principal; revitalização de máximos e mínimos para o controle dos medicamentos; desenvolvimento da normalização; e outra estratégia para o desenvolvimento da rede de farmácias. Em nenhum momento aparece a atenção farmacêutica, ou qualquer outra iniciativa que nos dê uma ideia acerca deste trabalho que devemos realizar diretamente com o paciente.

Para entender um pouco como funciona o sistema em Cuba as farmácias são redes, ou seja, as farmácias estão situadas em todos os municípios. Existe uma “Farmácia Principal Municipal” que, em nível de município, tem o controle do “Programa Nacional de Medicamentos”. Esse programa nos permitiu saber quais eram os medicamentos essenciais que não deveriam faltar no país. O Programa Nacional de Medicamentos teve suas baixas devido às condições econômicas do país, mas, atualmente, a falta de medicamentos foi reduzida consideravelmente.

A Farmácia Principal Municipal é um centro de referência que comanda todos os avanços técnico-científicos da atividade no município. Para tanto, deve manter sua inter-relação com a área de saúde, hospitais e outras unidades. A existência da Farmácia Principal Municipal, sem dúvida, foi, para os defensores da atenção farmacêutica no país, uma fortaleza, pois esta farmácia, em sua estrutura, no que diz respeito ao capital humano, tem concebido o que chamamos em Cuba de “farmacêutico clínico”. Esta pessoa, independentemente de sua licenciatura, tem uma formação pós-graduada, ou seja, tem uma orientação clínica.

Acreditamos que esse material humano pode ser o ideal para começarmos a acender esta chama da atenção farmacêutica no país e, neste momento, estamos trabalhando em busca de reconhecimento não apenas do governo, mas também da sociedade, de nossos pacientes e da comunidade farmacêutica em geral.

Cuba tem atualmente três faculdades de Farmácia – uma a oeste, uma no centro e uma no leste. Quanto aos recursos humanos, contamos com 13.557 profissionais, sendo: 1.484 licenciados em farmácia, 872 outros profissionais, 6.422 técnicos em farmácia e 5.399 dependentes e outros. É importante lembrar que estamos falando de um país com pouco mais de 11 milhões de habitantes – o que deve ser a população só da cidade de São Paulo. Logo, não somos nada se comparados com o gigante sul-americano.

Com relação à rede de farmácias, temos 1.961 farmácias comunitárias, divididas em farmácias urbanas e rurais; temos 175 farmácias principais municipais; e outros tipos de farmácias, como homeopáticas e de turno permanente, outras que têm dispensário. Enfim, toda uma classificação, de acordo com as diferentes características apresentadas pelas farmácias cubanas.

No ano de 2004, foi desenvolvido no país um projeto chamado Observatório Nacional para a Implantação da Atenção Farmacêutica. Esta não foi uma iniciativa do governo cubano, mas sim uma tese de mestrado que, estrategicamente, se desenhou como parte dos passos que vamos dando para saber onde estamos e para demonstrar quais são as condições que o país tem que enfrentar para esta prática. Foi observado naquele momento um déficit profissional, ou seja, o número de farmacêuticos que tinha no país não era suficiente. Existiam insuficiências na formação acadêmica, pois em Cuba, assim como em muitos outros países do mundo, a atenção farmacêutica não fazia parte do ensino de graduação, e também não existiam cursos de pós-graduação. Portanto, é lógico que as pessoas não poderiam ter uma preparação para essa prática.

Não nos pareceu viável nos acercar de nenhuma autoridade para dizer que queríamos implantar qualquer coisa, pois antes disso havia a necessidade de se entender o que era a atenção farmacêutica e o que esta significaria para o sistema de saúde e para a comunidade de farmacêuticos de um país onde a carreira de Farmácia havia se constituído, com sua primeira faculdade, no ano de 1984. Durante muitos anos, por razões políticas e de outros tipos, a carreira de Farmácia foi “banida” de Cuba, de modo que os farmacêuticos cubanos migraram para os Estados Unidos. A incompreensão chegou a ser tão grande que, no dia 1º de maio, os farmacêuticos desfilavam para celebrar com os

trabalhadores de comércio e gastronomia, ou seja, eles faziam parte do grupo daqueles que vendiam refrigerante, salgadinhos, etc. Quer dizer, não havia uma compreensão pelas autoridades ou pela sociedade sobre o papel deste profissional, e isso ainda persiste até os dias atuais.

Algumas ações têm sido desenvolvidas visando à implantação da atenção farmacêutica em Cuba. Uma delas é o desenho de uma especialização em Atenção Farmacêutica na Universidade de Che, que está ao centro do país. Para que possamos dar credibilidade a nossos programas, aproveitamos que a estrutura da carreira de farmácia, nesta universidade, tem um claustro de muitos doutores em Farmácia. Assim, divulgamos junto ao responsável do núcleo pelo movimento da atenção farmacêutica, que essa é uma universidade idônea para que apresente ao nosso Ministério de Educação Superior o programa de especialização.

Pensamos no programa de especialização porque algumas pessoas pensam que a atenção farmacêutica é aquilo que temos feito durante toda a nossa vida. A estes, então, caberia nos perguntar que se atenção farmacêutica é o que temos feito durante nossas vidas, por que estamos onde estamos? Por que ainda falamos de identidade profissional? Por que tanta insatisfação? Por que temos estas lutas? Diante disso, percebe-se que há alguma diferença entre as práticas. Entretanto, para a atenção farmacêutica ser diferente não basta os conhecimentos e as habilidades que temos discutido, inclusive com algumas pessoas aqui presentes. Esta questão está também relacionada com valores humanos, pois se não crescemos como pessoa, é muito difícil crescer como profissional, de maneira que se torna, então, ainda mais difícil descobrir o sentido que tudo isso pode ter para a comunidade e para nós mesmos, como farmacêuticos.

A atenção farmacêutica é um processo que não tem sido realizado por nós. Nossos alunos universitários não estão sendo formados para desempenhar essa prática. O médico, por exemplo, passa a maior parte de sua vida com o paciente, sendo assim, ele é educado para emitir juízos clínicos. Esta é uma lógica de pensamento que, sobretudo para nós que fazemos parte da academia, ainda temos a função de desenhar um processo formativo que permita isso, ou seja, ter esses conhecimentos e essas habilidades, mas também estes valores. Não podemos ver esta questão como algo muito simples, pois a Farmácia é uma profissão e, como tal, apresenta certa complexidade.

Da mesma maneira que não me ocorreria a ideia de entrar em um centro cirúrgico e operar uma pessoa, imagino que também não deveria ocorrer a qualquer um a ideia de penetrar neste campo, tendo em vista que sou uma especialista em medicamentos. Como farmacêutica, não sei nem mais nem menos que ninguém, apenas vou contribuir com o que conheço sobre medicamentos a um objetivo comum. A isto se atribui o fato da Farmácia ser uma profissão sanitária e não um químico especializado em outras tantas coisas, conforme ainda se diz em vários lugares do mundo.

Além disso, ainda fizemos a divulgação do conceito de atenção farmacêutica quando, em 2000, preparamos e realizamos o 1º Seminário Nacional de Atenção Farmacêutica no país, justamente para ver o que as pessoas sabiam sobre isso. Esse evento

esteve cheio de trabalhos que pouco – ou nada – relacionavam-se com atenção farmacêutica. Então, nos certificamos de que este tema precisava ser divulgado, utilizando para isso os meios de difusão em massa, assim como todas as ferramentas que fossem úteis para fazer com que as pessoas pudessem saber que tudo isso existia e que poderia passar a fazer parte do vocabulário farmacêutico no país.

Outra coisa muito importante à qual também nos dedicamos foi o desenho e a gestão de projetos, não apenas no campo da pesquisa básica ou especializada, mas também no campo da inovação tecnológica. Infelizmente, nossas farmácias são estabelecimentos antigos e não têm a estrutura que necessitam para garantir privacidade no atendimento ao paciente. Diante disso, fomos obrigados a nos fortalecer no tema de desenho e gestão de projetos, sobretudo no campo da cooperação internacional, a fim de conseguirmos o financiamento necessário para restaurar nossas farmácias. Esse é justamente o processo em que nos encontramos agora – a revitalização das farmácias cubanas, a partir do ponto de vista de seu espaço físico. Sobre esse aspecto temos um total de 14 projetos sendo desenvolvidos os quais, sob o ponto de vista prático, poderão ser observados em termos de resultado da atenção farmacêutica. Estes projetos são frutos de um trabalho realizado na região oriental do país, que é onde está localizada a Universidade do Oriente, que é o local onde trabalho.

Para o progresso da atenção farmacêutica no país acreditamos que seja necessária a existência de um pequeno núcleo que “acenda a chama” e demonstre o quão viável e factível pode ser esta prática. Inclusive, conversávamos esta manhã sobre porque estamos aqui apenas neste número tão reduzido de pessoas. A resposta é que existem etapas nos processos transformadores, como este, que não podem ser massivos. Um processo deste tipo necessita de capacidade de liderança, pois não estamos falando sobre transmitir algo simples – estamos sim, falando sobre o convencimento por meio de teoria e prática; sobre chegar até as autoridades não apenas com políticas administrativas, mas de também até as autoridades acadêmicas, ou seja, falamos em transitar por um caminho, para o qual, sob o nosso ponto de vista, são necessárias certas atitudes. Foi devido a isso que criamos um núcleo que pudesse nos ajudar estrategicamente a começar a transitar por este caminho.

Como parte do trabalho deste grupo, defendemos em 2000 uma tese de doutorado sobre o tema da atenção farmacêutica no currículo de Farmácia, justamente porque as pessoas que fazem parte disso precisavam ser convencidas de que para o futuro não haveria outra solução, e que isso não poderia ficar apenas na pós-graduação. Logo, também deveria acontecer alguma transformação, a qual deveria ser realizada a partir do ponto de vista científico, ou seja, não podíamos agir pensando no fato da atenção farmacêutica estar na moda. Além disso, tínhamos que levar em conta o reconhecimento que o sistema de educação superior cubano tem na Unesco. Portanto, esse processo precisava ser feito de forma lógica e pedagógica, cientificamente fundamentada.

Ainda como parte do trabalho de liderança desse grupo, passaram a ser oferecidos três cursos de pós-graduação em Atenção Farmacêutica e dois cursos em educação

sanitária ao paciente. Além disso, em 2002, começamos a exercitar um novo plano de estudo na carreira de Farmácia no país, que incluiu uma disciplina chamada Farmácia Social. Aproveitando a liberdade que temos nas universidades para incluir matérias no plano de estudos, decidimos que a disciplina Farmácia Social seria a ideal para introduzir o aluno no tema da atenção farmacêutica.

Hoje, felizmente já podemos dizer que vamos começar, no próximo ano, um novo plano de estudos em todo o país. Tivemos a sorte de a Comissão Nacional de Carreira e a Direção Nacional de Formação de Profissionais do Ministério de Educação de Cuba aprovar os resultados desta tese de doutorado defendida em 2000, que teve como resultado prático o desenho e validação de um programa para formar um farmacêutico capaz de prover atenção farmacêutica. Isto significa que, a partir de 2007, por lei do Ministério de Educação Superior de Cuba, a atenção farmacêutica será ensinada em todas as universidades do país, como disciplina obrigatória dentro do plano de estudos.

Temos também uma dissertação de mestrado defendida no âmbito da atenção farmacêutica, o que é um incentivo às universidades para desenvolverem trabalhos nessa linha de pesquisa. Existem ainda dois projetos de caráter territorial em atenção farmacêutica, sendo um deles com pacientes que sofrem de fibrose cística. Essa enfermidade foi estrategicamente escolhida por se tratar de um programa atendido diretamente pelo conselho do país. Logo, interessava-nos contar com o apoio do Conselho de Estado e a ele demonstrar, com base neste programa, que existe um profissional que pode realizar ações em benefícios destes pacientes. O outro projeto de caráter territorial é um programa de atenção farmacêutica a pacientes que sofrem de insuficiência cardíaca congestiva, que vem desde a Farmácia Principal Municipal de Santiago de Cuba. Adicionalmente, em 2002, realizamos nessa província um seminário sobre atenção farmacêutica.

De maneira geral, a partir desses cursos, foram detectados, em Santiago de Cuba, 523 PRM em 593 pacientes. Trago este resultado assim porque o objetivo não é discutir como foi o processo como um todo, mas o que importa para nós é a existência de um resultado demonstrando que a morbidade relacionada com medicamentos em nosso sistema também é real. Destaco o sistema cubano porque, em certas ocasiões, quando temos algo bom e passamos muito tempo com ele chega um momento em que imaginamos sermos perfeitos e que não temos nenhum problema. Diante disso é que surge o interesse em demonstrar ao sistema de saúde cubano que este também era um problema nosso, para o qual tínhamos imenso interesse em encontrar solução. Portanto, quando tratamos de um sistema de saúde, que é praticamente 100% subvencionado, temos um grande compromisso em honrá-lo com qualidade e garantir esta qualidade de vida à população.

Com este trabalho, realizado em um local distante 1.000km da capital Havana, conseguimos que o Manual de Normas e Procedimentos em Farmácia Comunitária tivesse um capítulo dirigido à atenção farmacêutica a partir de 2005. Este manual já está em todas as farmácias comunitárias do país, ou seja, em matéria de divulgação, as pessoas já sabem o que é a atenção farmacêutica e quais são seus elementos básicos, tendo, assim, uma ideia de como isso pode ser feito.

De maneira geral, isso é tudo o que fizemos até hoje seguindo sempre a lógica de demonstrar. Antes de vir para o Brasil fui até a Direção Nacional para verificar como estavam andando as coisas relacionadas à atenção farmacêutica fui informada que a direção apoiaria o movimento em todos os sentidos, pois acreditava que realmente valeria à pena, sendo que novos regimentos seriam criados para que todo o país pudesse ser atendido. No entanto, sempre há resistências, inclusive no nível de nossas próprias províncias. Estamos falando de coisas novas e, por natureza, o ser humano resiste às mudanças.

Na história da humanidade podemos observar várias campanhas sanitárias que falharam, apesar de terem sido muito bem desenhadas, porque não levou em consideração a quem seriam dirigidas essas campanhas e quais as características que deveriam apresentar os seus usuários. Logo, temos apoio sob o ponto de vista administrativo e acadêmico, mas o que o “nosso pessoal” pensa sobre isso? Quando digo “nosso pessoal”, estou me referindo aos nossos diretores, pacientes, à comunidade, ou seja, à sociedade em geral. Enfim, o que pensam os farmacêuticos? A partir do ponto de vista das representações sociais e das percepções, como está nosso país para isso? Estamos falando de um país onde ainda existem estudantes que me dizem: “professora, hoje estou frustrado”, ao perguntar o porquê desta frustração, tenho como resposta: “porque na minha província, a vizinha de minha mãe, quando soube que eu estudava Farmácia, perguntou a ela se para vender comprimidos era necessário ir à universidade”.

O que isto significa? Significa que precisamos ter conhecimento acerca deste ponto de vista social, sobretudo porque estamos falando de transformações de conduta. Isso está relacionado com os hábitos e com a percepção das pessoas sobre saúde, enfermidade e medicamentos. Neste sentido, se não soubermos manejar muito bem todas estas variáveis, cujo estudo nem sempre está em nosso campo, portanto é um problema transdisciplinar, não vamos resolver sozinhos. Há que se buscar a Antropologia e a Sociologia, mas não precisamos ser especialistas nisso – da mesma maneira que não vou me tornar médica, pois sou farmacêutica, mas devo dialogar com ele. O mesmo acontece neste campo, temos que buscar as ferramentas da Sociologia e da Antropologia para avançarmos, sobretudo, sob o ponto de vista macro. Esse é justamente o grande projeto que temos agora na universidade em que trabalho.

Atualmente, temos um projeto de alcance nacional colegiado com a Direção Nacional de Farmácia e Ótica, para realizar um estudo, aplicando a metodologia da investigação qualitativa e conhecer as condições que o país se encontra. Sob este aspecto, penso que devemos contar com a cultura de nossa população para a introdução e generalização desta tecnologia. Não passamos 47 anos falando e educando as pessoas sobre promoção em saúde e programa de saúde da família, para agora passar a olhar tudo isso sob o ponto de vista da farmácia e do medicamento. Enfim, vamos verificar em que condições está a nossa sociedade. Isto é de grande interesse para nós, sobretudo porque, pelo menos em nosso país, nós pensamos que a nossa profissão carece deste enfoque na maioria de seus estudos. Adicionalmente, trabalhamos com pacientes, e pacientes não são coisas, são seres sociais, que vivem e se desenvolvem em uma determinada cultura.

Logo, temos que levar em consideração esta cultura e estes costumes, sobretudo se estamos falando de um processo, cuja coluna vertebral é a comunicação. Assim sendo, amigos, é isso o que temos. Sem mais para o momento, aproveito para agradecer a todos.

### **Coordenador – Divaldo Lyra Júnior**

Muito obrigado Alina por sua apresentação. Por fim, temos orgulho também de convidar o doutor José Luiz Castro, que foi Farmacêutico Hospitalar, Residente e Instrutor de Residência em Farmácia, docente da Universidade de Buenos Aires, coordenador do Programa de Farmacêuticos dos Centros de Saúde. Atualmente, José Luiz é consultor da Opas/OMS.

### **Palestra 4 – José Luiz Castro**

Boa tarde a todos. Gostaria de agradecer especialmente às autoridades do Ministério e da Secretaria, que tão gentilmente me convidaram para participar desta reunião e à comissão organizadora do evento, que nos permitiu compartilhar deste momento.

Para iniciar, queria comentar que o que vamos transmitir é, simplesmente, uma pequena experiência. Digo isso porque, embora pareça grande o efeito de um Fórum Farmacêutico das Américas, na realidade, esta experiência encontra-se desenhada para iniciar um projeto, em que por intermédio de pequenos grupos de farmacêuticos e de professores que participam dos seminários iniciais, irá se propagar. Assim, para contar um pouco da história do projeto de Fórum Farmacêutico das Américas e da Opas, eu diria que, dentro do que é a Opas e a OMS, o fracionamento é um tema importante que figura dentro da estratégia de medicamentos, sendo um dos seus pilares junto com o acesso à política e à qualidade.

O fracionamento de medicamentos, então, implica nos pacientes recebendo o medicamento que necessitam, na dose adequada, pelo período de tempo adequado e ao menor custo para eles e para a comunidade. Isto é influenciado por vários fatores que estão ligados à seleção, acessibilidade, prescrição, dispensação e ao uso final por parte dos pacientes. Os fatores ligados à seleção são aqueles relativos à existência ou não de uma lista de medicamentos essenciais, de formulários terapêuticos e de comitês farmacoterapêuticos. Do ponto de vista da acessibilidade podemos citar fatores como a existência ou não de recursos, de uma autoridade regulatória forte e fraca e de uma política de medicamentos. A prescrição, a dispensação e o uso dos medicamentos pelos pacientes também sofrem influência de padrões educativos, informações independentes ou dependentes da indústria, da existência de regulação, de políticas e de fatores culturais, além das condições existentes de promoção de medicamentos.

Trazemos o uso fracionado porque ele estará estreitamente vinculado, ou pelo menos, em íntima conexão com o que hoje propomos em relação à atenção farmacêutica. Insistimos nisso também porque se somente garantíssemos o acesso, mas sem o fracionamento, guias terapêuticas e seleção definitivamente estaríamos incorrendo na

iniquidade, pois em alguns casos haveria uma subutilização dos medicamentos, enquanto que em outros haveria uma sobreutilização dos mesmos. Isto determinaria um menor acesso e, em definitivo, um uso com características irracionais, que traria consequências de maior morbidade, custos e PRM.

A ideia é trabalhar em conjunto com as associações farmacêuticas, a partir da Opas, para lograr o apoio ao uso racional de medicamentos. As associações farmacêuticas podem prover meios e oferecer apoio a ações de maior profissionalização farmacêutica e de atenção farmacêutica. Isto se dá em meio a alguns elementos contextuais, a partir de critérios reais que sabemos que existem dentro das farmácias latino-americanas, como na luta travada entre os interesses comerciais e o exercício profissional. Dentro desse contexto, desejamos que esta luta vá de encontro a algum benefício do papel profissional e sanitário desempenhado pela farmácia.

Esses são critérios reais que visam nos adaptar e evitar que soframos como consequência de uma realidade que, em alguns casos, pode ser bastante dura. Porém, tampouco devemos ser resignados, a ponto de considerar que as coisas são tão difíceis, que não podemos transformá-las. Esses critérios reais também se dão a partir das situações social e econômica. Neste caso, estou lhes apresentando uma situação que quase poderíamos dizer é de privilégio, porque nem sempre é fácil encontrar a vontade política de implantar mudanças. Vale ressaltar que é importante esta vontade política não estar voltada para o favorecimento de um grupo corporativo, mas sim para tentar resgatar grupos profissionais que visem beneficiar as populações. Para tanto, deve-se considerar que entre estes critérios também existem diferenças na formação, treinamento, comunicação e serviços.

De um modo geral, sempre falamos do farmacêutico integrando uma equipe de saúde composta, às vezes, por profissionais que têm uma identidade mais clara e uma função mais definida, como: o médico, a enfermeira ou a nutricionista. Não é que o farmacêutico não tenha identidade ou função definida, mas ao longo do tempo, estes profissionais foram redefinindo os seus papéis. No decorrer do tempo, o papel do farmacêutico também vem se modificando e evoluindo até a participação clínica de hoje. Logo, este é, provavelmente, um dos profissionais que mais mudanças sofreram e talvez por isso, às vezes, têm se assustado com sua identidade.

Não obstante, o Fórum vem resgatando referências e, sobretudo, realizando numerosos trabalhos que provam, contundentemente, a importância da participação farmacêutica tanto no melhor manejo da terapêutica e no alcance dos objetivos terapêuticos, como no aumento da satisfação do paciente e da sua qualidade de vida e, em definitivo, também, no controle e na diminuição dos gastos em saúde. Tomando as referências de organismos que não são precisamente corporativos, mas sim representativos da saúde, como a OMS. Referências que vão desde a velha Declaração de Nova Deli (1993), a Declaração de Tóquio (1990), passando pela Declaração da Assembleia Mundial da Saúde (1994) são documentos que avaliam qual o papel que corresponde ao farmacêutico dentro desta equipe de saúde. Insisto: não são apenas organismos



setoriais, mas sim organismos que estão apontando, mundialmente, qual o papel do farmacêutico. O Fórum, resgatando as evidências de trabalhos científicos que provam o benefício das intervenções, e resgatando a referência dos organismos internacionais, começou a trabalhar em conjunto com a OPAS, para levar adiante ações que beneficiem a população por meio dos serviços farmacêuticos.

A Declaração da Assembleia Mundial da Saúde (1994), por exemplo, reconhece papel decisivo do farmacêutico na saúde pública, e exorta esses profissionais e as associações à provisão de produtos e serviços de qualidade e a atenção farmacêutica como meio de promover o uso racional dos medicamentos. Está descrito em um dos enunciados da Assembleia que a atenção farmacêutica é um meio de prevenir enfermidades, promover a saúde e o uso racional de medicamentos. Além disso, adverte os estados membros e os governos a aproveitarem plenamente a competência técnica dos farmacêuticos, em todos os níveis de atenção sanitária. Tudo isso me parece interessante, que devemos ter em conta essas referências, pois nos dão a direção e a partida para onde devemos caminhar.

Apoiado nesses pilares, dizemos que o Fórum surge como um produto da cooperação entre as associações farmacêuticas nacionais e a Opas/OMS, além da participação da Federação Internacional dos Farmacêuticos (FIP). Tem alguma semelhança com o Fórum Europeu, uma vez que a Opas exerce o secretariado do fórum, mas são os países que propõem as medidas e gerenciam os projetos. O objetivo do Fórum é empreender projetos conjuntos para melhorar a saúde das populações, por meio da participação, justamente dos farmacêuticos comunitários e hospitalares.

Em 2000, quando foram iniciadas as reuniões do Fórum, foram estabelecidas metas ambiciosas quanto ao desenvolvimento da atenção farmacêutica, na direção de que este compromisso profissional seja assumido por todos os farmacêuticos, a fim de garantir uma melhor saúde para as populações, contribuindo nos distintos aspectos da dispensação até a terapêutica e a resolução de problemas relacionados com medicamentos. Adicionalmente, também se procura que o paciente tenha um melhor controle de suas enfermidades – este será o objetivo do projeto. Para tanto, decidiu-se iniciar o trabalho de hipertensão arterial, por ser uma enfermidade prevalente e haver uma experiência anterior no Fórum Europeu.

Neste momento, o Fórum Farmacêutico das Américas tem o projeto de controle da hipertensão arterial e o de boas práticas de farmácia em andamento, que estão sendo realizados, ambos, no Uruguai. O projeto de atenção farmacêutica a pacientes com diabetes vai ter seu início como piloto na Costa Rica, ainda este ano. Entretanto, vamos nos referir, sobretudo, ao projeto de hipertensão arterial. O projeto de hipertensão arterial está sendo conduzido por um grupo internacional de professores do qual fazem parte a doutora Lisiane Silveira, aqui do Brasil; a doutora Luz Gutierrez, de Porto Rico; o doutor Pedro Alduñez, de Cuba e a doutora Margarita Salazar, da Venezuela. Adicionalmente, diversos outros profissionais também colaboraram nas instâncias iniciais do projeto, sendo que este grupo internacional participou efetivamente do período de avaliação e de elaboração do projeto final.

Os grupos nacionais são encarregados pela direção do projeto em nível local para que depois se multiplique. A ideia é que seja uma pequena semente, tanto é que os grupos iniciais que participaram dos seminários foram não mais de 15 a 20 farmacêuticos. Participam, ainda, as universidades, as associações farmacêuticas, os centros de informação de medicamentos, os MS e a representação da Opas/OMS. Em alguns casos há outros participantes, como as faculdades de Medicina ou organizações não governamentais.

Nos países onde foi implantado o projeto há um supervisor para cada 10 ou 12 farmacêuticos participantes. Este supervisor tem a função de assessorar e acompanhar o farmacêutico, preencher os formulários e realizar as pesquisas de satisfação do paciente. Este é um modelo que, em seus primeiros dois anos, é delineado como um projeto com alguns objetivos de investigação. Uma vez concluído o primeiro recrutamento de pacientes para este objetivo de investigação, é dada continuidade ao projeto como uma prática operativa.

No Brasil, foi realizado um pequeno piloto em Ouro Preto (MG) que foi concluído em 2003. Nesta fase foram realizadas correções metodológicas e implantadas atividades preparatórias para cada seminário a ser realizado. Em cada país onde vai ser iniciado o projeto ocorre um seminário inicial. Porém, antes deste seminário inicial são realizadas algumas atividades de nivelamento. O seminário educativo, na realidade, serve para disparar a capacitação dos farmacêuticos, mas isso não significa dizer que ao final da atividade já se sabe realizar a atenção farmacêutica. A capacitação aborda quatro módulos: fisiopatologia, terapêutica da hipertensão arterial, atenção farmacêutica e comunicação, e implantação do projeto.

Sob o ponto de vista da metodologia, trata-se de um estudo prospectivo com um grupo de controle, sempre respeitando as normas éticas e de boas práticas de farmácia. O grupo de estudo é constituído por usuários de anti-hipertensivos que tenham sido prescritos por um médico e que consentam em participar do programa. A principal variável a ser medida são os valores de pressão arterial, além de outras como o número de PRM, apresentados ou resolvidos, e medidas antropométricas. Porém, a variável principal é a medida da pressão arterial dos pacientes.

No estudo, existem alguns critérios de inclusão e exclusão – por exemplo, não incluímos mulheres grávidas. A duração do seguimento, desde o momento em que o paciente é recrutado, é de 12 meses. Atualmente, o projeto está sendo desenvolvido no Uruguai, onde foi realizada uma sessão, e na Argentina, com duas sessões. O Paraguai também está participando do projeto, sendo que nas próximas duas semanas começa o recrutamento de pacientes. Na Venezuela, o recrutamento começará no mês de julho.

Fiz alguns comentários sobre as diferenças de formação que precisam ser levadas em consideração pois, por exemplo, no Uruguai os farmacêuticos são oriundos da Escola de Química e Farmácia, enquanto que na Venezuela, já existe no currículo três disciplinas voltadas para a atenção farmacêutica, um gabinete de cuidado ao paciente e práticas hospitalares, também em atenção farmacêutica. Dessa maneira, a base é distinta e as atividades de treinamento posteriores ao seminário levam em conta justamente esta formação.

Agora, falarei um pouco das limitações encontradas até o momento. No exemplo do Uruguai, tivemos algumas lições aprendidas, as quais nos servirão para o caminho que teremos pela frente. Nossa diretora sempre cita uma frase de Eduardo Galleano que diz “O horizonte nos delimita uma utopia, mas se é utopia ou se é horizonte, na medida em que vamos caminhando, sempre vão se afastando. Então, para que nos servem? Servem-nos para marcar o caminho para onde estamos indo”.

Levando em consideração tudo isso, assim como as dificuldades e lições que pudemos aprender, temos um projeto que nos apresentou aspectos funcionais muito bons e que também apresentou dificuldades, as quais podemos tentar solucionar. Do ponto de vista da estrutura, algumas têm solução, outras requerem uma maior dedicação. No entanto, o padrão mínimo de adequação da farmácia para a prática da atenção farmacêutica deve ser realizado e não há como fugir disso. Com referência à bibliografia recomendada, podemos dizer que é importante buscarmos fontes de colaboração para tentar que, ao menos, a bibliografia mínima não seja custeada para os farmacêuticos e, neste sentido, as associações estão colaborando.

Outro problema solucionável, mas que talvez tenha sido um erro em vários grupos, foi a insuficiente difusão do projeto junto aos colégios médicos. Esta difusão precisa ser feita, não apenas com a carta, que está contemplada no projeto, que apresenta o programa e comunica o médico sobre a adesão do paciente ao projeto. É necessário que o grupo nacional inicie a comunicação com os médicos responsáveis pelos pacientes que participam do projeto. Quanto ao tema da comunicação, este foi proposto nos seminários, mas ainda requer um treinamento especial. Não podemos considerar descartada alguma formação em comunicação, sobretudo na captação dos pacientes, onde a forma de apresentação é a chave de como será conduzido o processo, refletindo na qualidade de comunicação que será estabelecida com o farmacêutico e o quão próximo estará dele.

Com relação ao Chile, gostaria de mencionar que houve uma mudança na política – e por isso eu lhes dizia que é importante o momento histórico do país, assim como, a vontade política das autoridades. No Chile, há neste momento uma guerra de preços entre as redes de farmácias. As farmácias que tinham uma visão da atenção farmacêutica mudaram completamente seu ponto de vista e passaram a ter um critério totalmente comercial, onde o farmacêutico é um mero gerente administrativo. Isso os impossibilitou de realizar atividades de seguimento aos pacientes, pelo menos em Santiago, que era onde estava o grupo inicial. Continuaremos conversando sobre isso, a fim de que possamos verificar o que se passa em outras cidades.

Para finalizar, como fortaleza adquirida, os grupos destacam o favorecimento de uma atividade farmacêutica coordenada, transversal e participativa. Há entusiasmo dos profissionais em participar dessas atividades, por mais que lhes suponham mais trabalho. Além disso, supõe uma capacitação e mudança de atitude quanto à prática voltada para o paciente. Algo de grande importância é o funcionamento do grupo nacional, constituído pela Universidade, Ministério, Opas, Centro de Informação de Me-

dicamentos e Associação Farmacêutica Nacional, pois é um fator-chave que serve além de tudo para a implantação de outros projetos.

Vale destacar, ainda, que neste momento temos 140 farmacêuticos treinados e 16 professores que participaram dos seminários. Estes professores estão encarregados de transmitir, em cada país, os conhecimentos adquiridos nos seminários, conforme ocorreu, na Argentina. Lá, neste momento, um grupo de 40 farmácias da província de Córdoba está sendo agregado a mais 20 de outras províncias para iniciar o projeto.

Finalizando, quero agradecer de novo à Secretaria e ao MS pelo convite. Muito obrigado.

### **Coordenador – Divaldo Lyra Júnior**

Vamos dar continuidade. Vou convidar para que tomem seus assentos à mesa todos os nossos palestrantes – Linda, Fernando, Alina e José Luís. Em seguida, quero abrir para as perguntas da plateia.

### **Participante A**

No Brasil, temos uma questão que sempre é colocada quando se opta por trabalhar com atenção farmacêutica. A grande dúvida é: trabalho com o método Dáder ou o com o modelo de Minnesota? Qual dos dois é melhor? Em que situações são melhores, ou não? Considerando que os dois métodos têm mais semelhanças que diferenças, e que o processo de atenção ao paciente é único, universal, para Medicina, para Farmácia, para Enfermagem, talvez seja possível identificarmos alguns pontos críticos de diferença entre os dois. Esses dois pontos críticos pode ser que estejam na classificação dos problemas farmacoterapêuticos ou problemas relacionados aos medicamentos, e na sistemática de identificação desses problemas. O grupo de Granada coloca, já há alguns anos, a questão dos PRM como desfechos clínicos negativos relacionados à farmacoterapia e parece que há um entendimento semelhante pelo Grupo de Minnesota. Dirijo a pergunta à doutora Linda e ao doutor Fernando: há realmente essas diferenças de compreensão de problemas relacionados com medicamentos? Há realmente diferenças de compreensão na sistemática de identificação desses problemas? Quero ainda colocar aqui, de certa forma, uma provocação: – Por que não um consenso internacional de problemas relacionados com medicamentos?

### **Linda Strand**

De certa forma é uma infelicidade que percamos tanto tempo discutindo isso. Não sei quantos países já visitei e me fizeram esta pergunta. Vou responder da forma mais direta e educada, pois a diferença está na prática e a única maneira de saber a resposta para a sua pergunta, sobre qual é a diferença entre os dois, é praticá-los. Até praticar ambos, não podemos fornecer uma resposta adequada, pois ela está na própria prática. No meu caso, está na filosofia da prática do processo de cuidado ao paciente

e do sistema de manejo do cuidado. Para entender, e ser mais específica, pratiquei as duas. Gastei um tempo significativo praticando os métodos e, assim, posso tentar responder a esta pergunta da maneira mais honesta e direta que posso. Posso dizer que a resposta está na prática.

Sugiro que façam ambos e descubram a resposta, pois eu não vejo necessidade de defender uma situação que tem a resposta em contextos diferentes. Não podemos resolvê-la aqui, pois as pessoas não usaram os dois métodos, senão poderíamos discutir os componentes factuais dessas práticas. Não acredito que nada disso seja positivo, construtivo ou saudável. Devemos focar nas semelhanças que é a dos pacientes que precisam da nossa ajuda. Não vamos gastar tempo dedicado a este tipo de pergunta, a menos que estejamos usando os dados da própria prática.

### **Fernando Martinez**

Mais uma vez, compartilho totalmente com a opinião da doutora Linda. Sou um inimigo do crônico, pois o que precisamos mesmo é ter, de fato, os mesmos objetivos. E os objetivos são o paciente e seu problema relacionado com o medicamento. Quanto às metodologias, tomara que haja uma em Minnesota, outra de Granada, outra de Brasília, outra de São Paulo, outra de Salvador, outra de Santiago de Chile, isto é enriquecedor e muito bom! Portanto, compartilho com ela, no sentido de que não devemos estabelecer este ou outro método a ser seguido ou, ainda, se devemos utilizar à mesma classificação ou outra. Quer dizer, acredito que isto não tenha importância no contexto aqui exposto. O que devemos, sim, é estar todos de acordo de que o nosso objetivo é o paciente e, por isso, buscaremos o caminho mais adequado para lograr este objetivo, ensaiando e utilizando múltiplas metodologias e ir adequando ao nosso dia-a-dia aquela que mais se ajuste às nossas capacidades e necessidades. Logo, penso que não devemos dar importância ao fato de utilizarmos um método ou outro.

### **Coordenador – Divaldo Lyra Júnior**

Vou fazer uma breve intervenção, pois é importante dizer que embora no Brasil o Método Dáder e o Método de Minnesota sejam os mais utilizados, existem outros como, por exemplo, o PCNE, que é a Rede Europeia de Atenção Farmacêutica, e que está validando uma classificação de PRM. Qual é a mais adequada para nós, só a prática vai dizer. É importante que pensemos que estes dois não são os únicos caminhos que estão sendo seguidos porque o mundo é grande, existem muitas ideias, o nosso País também é grande, existem muitas diversidades e precisamos respeitá-las. A ideia de trazer representantes de Minnesota e Granada aqui foi para que nós tivéssemos subsídios para refletirmos. Reflexão e ação.

### **Participante B**

Boa tarde. Gostaria de dirigir minha pergunta à doutora Linda. Você falou que

gera uma economia enorme para o sistema de saúde, como é que você quantifica isso? Eu queria saber disso principalmente com relação ao paciente hipertenso e diabético que, no caso, são as doenças que mais acometem a população brasileira.

### **Linda Strand**

Medimos resultados em três categorias diferentes: resultados clínicos, que se referem às doenças, medicamentos e ao processo de atenção ao paciente; resultados humanísticos, relativos à satisfação e avaliação do paciente sobre os cuidados e os resultados; e os resultados econômicos. Para cada uma destas categorias o sistema requer que sejam estabelecidos objetivos antes dos resultados serem medidos. Na nossa prática, cada paciente tem um objetivo de terapia que é específico à condição médica, à farmacoterapia e ao paciente. Cada uma das medidas que usamos tem um objetivo pré-determinado e uma medida do progresso em relação a este objetivo. Isso é aplicado a todas as categorias.

Uma estatística relacionada a resultados é a avaliação do médico sobre as recomendações e medidas de tomada de decisão dos farmacêuticos. Em estudo publicado nos Anais de Medicina Interna, os médicos concordaram em 94% com as decisões tomadas pelos farmacêuticos. Isso não foi um aceite das recomendações, mas uma concordância com as decisões tomadas sobre o paciente. Essa validação e os resultados são medidos também.

### **Participante C**

Boa tarde. Eu queria fazer uma pergunta para a professora Linda e para o professor Fernando: em relação às metodologias e à prática do seguimento farmacoterapêutico, gostaria de saber a visão dos dois quanto às questões operacionais práticas e factíveis a serem colocadas com o paciente hospitalizado? Já que pelo relato que vimos nos trabalhos, uma das dificuldades é essa adequação para o ambiente hospitalar, dada a peculiaridade e a complexidade desse paciente. Eu gostaria de ouvir a palavra desses dois grandes mestres quanto a essa perspectiva do paciente hospitalizado para a prática e para a docência.

### **Fernando Martinez**

O Dáder já tem uma adaptação completa às diferentes situações do meio hospitalar, sendo que muitos hospitais já têm implantada a metodologia de seguimento em sua prática habitual, com uma série de vantagens. Eu diria vantagens sobre o método Dáder em farmácia comunitária, porque se formos verificar a história clínica veremos que no hospital dispomos não só da informação do paciente, mas também da informação acerca da enfermagem, dos cuidadores, etc. Portanto, a riqueza de informações para elaborar o estado de situação de que dispomos no hospital é maior que aquela que dispomos em um farmácia comunitária, cuja única via de comunicação é seu paciente.

Assim sendo, embora possamos nos deparar com um paciente mais complexo, como o senhor mencionou, no hospital temos, por outro lado, a vantagem de receber uma maior informação sobre o mesmo, o que permite compensar estas carências que possam vir a existir como consequência de seu grau de complexidade.

### **Linda Strand**

Não tenho certeza da melhor forma de responder a essa pergunta, pois nossos alunos aprendem a prática da atenção farmacêutica desde o primeiro dia na Faculdade de Farmácia. Eles cuidam de centenas de pacientes até se graduarem. O local onde o paciente se encontra, hospital ou ambulatório, não muda o que o estudante ou o farmacêutico faz. O paciente recebe exatamente os mesmos cuidados. A vantagem de essa prática ser desenvolvida em hospitais é que a maioria das equipes não tem objetivos específicos sobre a farmacoterapia. Eles entendem como sendo algo que o médico sabe quais são os objetivos da terapia, o que, normalmente, não é o caso. Os objetivos da terapia que são estabelecidos nessa prática pelo médico, tornam-se os objetivos da equipe, e essa é uma maneira muito eficaz de organizar as intervenções que você vai fazer em um paciente hospitalizado. Eu não segmentaria a prática por local físico, pois ela tem que se basear nos problemas de farmacoterapia que encontramos e corrigimos e não no local onde está o paciente.

### **Participante D**

Eu gostaria de fazer um comentário. Queria parabenizar a todos vocês, o MS e aos ilustres convidados por este evento porque reputo como um momento histórico que nós estamos vivendo. Ao lado de ser um momento histórico, eu acredito que ele é o maior desafio que poderia ser colocado em nossas mãos nos últimos anos, talvez até nas últimas décadas, se nós pudermos ser um pouco mais proféticos.

Sou Tarcisio Palhano, professor do curso de Farmácia da Universidade de Federal do Rio Grande do Norte e estou atualmente assessor do Conselho Federal de Farmácia. Certamente por uma dessas coisas do destino, eu tenho a felicidade e a honra de ter sido o responsável pela implantação da Farmácia Clínica no Brasil, em 1979, no Rio Grande do Norte. Por mais que pese isso, eu posso dizer que a Farmácia Clínica no Brasil, de 1979 para cá, não avançou e, infelizmente, em 2006 ela ainda é incipiente.

Quando vejo uma proposta de implantação da atenção farmacêutica no SUS eu começo a associar com outros grandes desafios. Há pouco mais de um mês é que nós conseguimos a inserção do farmacêutico na atenção básica e isso foi uma luta de pelo menos dez anos. Temos uma farmácia comunitária que costuma ser chamada de farmácia comercial, muito distante do aspecto de um estabelecimento sanitário, onde o profissional farmacêutico, embora queira e às vezes esteja qualificado, não consegue avançar como profissional de saúde.

Hoje, existem no Brasil cerca de 260 cursos de Farmácia, pelo menos 80% pri-

vados. Então eu pergunto: onde o farmacêutico do futuro está aprendendo clínica? Que formação clínica os cursos de Farmácia no Brasil estão dando aos seus estudantes? Por que muitos cursos de Farmácia não oferecem uma formação clínica aos seus estudantes? Tem farmacêutico que se forma sem nunca ter visto um paciente. De repente, você vai se deparar com uma realidade dessa, como você vai responder a essa demanda? Estamos vivendo, a partir de 2002, uma mudança curricular profunda e não temos dados ainda para saber se essas alterações vão surtir o efeito que esperamos.

Em um país que mistura atenção farmacêutica com assistência farmacêutica, eu pergunto a vocês: dá para sair daqui aliviado ou preocupado com esse monstruoso desafio que nos espera a partir desse evento? Muito obrigado.

### **Coordenador – Divaldo Lyra Júnior**

Acredito que nós vivemos, como o senhor falou, um momento histórico que só é construído a partir de uma história que é anterior. Nos últimos sete anos, temos passado por mudanças radicais dentro da nossa profissão com a aprovação de políticas que foram fruto de dez ou até mesmo 15 anos de luta. Este evento é resultado da Conferência Nacional de Medicamentos, que ocorreu há três anos e que propôs a atenção farmacêutica como instrumento para uso racional de medicamentos. As mudanças não estão ocorrendo na velocidade que nós queríamos, mas estão acontecendo.

Toda minha história vem do movimento estudantil onde comecei discutindo o currículo de Farmácia. Depois de 15 ou 20 anos, conseguiram aprovar um novo currículo de Farmácia que propõe formar um farmacêutico crítico, reflexivo e capaz de pensar em todos os níveis de complexidade. Será que os farmacêuticos que estão dentro das universidades estão preparados para formar esse profissional crítico?

Nós temos um compromisso de mudança que é pessoal. Se vamos ver os frutos desse nosso trabalho, só o tempo vai dizer, mas acredito que não podemos nos omitir nesse momento de tanta mudança. Todos que estão aqui têm a obrigação de semear a transformação. Vai depender de cada um de nós.

### **Fernando Martinez**

Se me prometessem que a atenção farmacêutica vai ter a evolução que teve mundialmente a farmácia clínica, eu a atesto agora mesmo. Uma vez atestada, eu ressalto que, neste momento, a farmácia clínica é uma matéria já reconhecida e se constitui algo obrigatório em qualquer plano de estudos – estou falando da Europa. No entanto, tudo segue uma evolução que é difícil. Dessa maneira, avançamos muito em pós-graduação e estamos avançando na graduação. É certo que faz falta mais prática clínica e com pacientes, entretanto, ainda que não acreditem, a atenção farmacêutica na Europa é relativamente jovem como matéria científica. Observem que a Bioquímica levou muitos anos até se constituir como disciplina – e esta é uma matéria básica de extrema



importância. Existe uma sequência rigorosa para tudo isso. Logo, acredito que estamos avançando muito mais rápido do que pensamos, embora ainda nos custe assumir que não conseguimos todos os resultados que desejávamos. Mas, mesmo assim, eu insisto que já avançamos bastante, ainda que em um determinado momento parecesse difícil e lenta a incorporação da atenção farmacêutica na prática profissional e no ensino universitário.

Vou lhes dar um dado: a Associação Europeia de Faculdades de Farmácia com 68 participantes e 25 países chegou, por meio do que se conhece como “Declaração de Malta”, ao compromisso de incorporar a atenção farmacêutica nos planos de estudos, para que os títulos pudessem ser homologados. Se os senhores conhecem a universidade, como creio que conhecem, isto é um elefante que se move muito mais lentamente do que gostaríamos. Em dez anos, conseguimos que 25 países aprovassem uma declaração de incorporação deste ensino no corpo curricular. Isto é um êxito total!

Talvez eu seja um entusiasta, mas as coisas vão avançando. Alguns gostariam que fosse de maneira muito mais rápida; mas o importante é que está avançando. Sei que todos sentem com esse problema da velocidade dos avanços, mas lhes animo no sentido de que sigam nesta linha e não se desespereem.

### **Alina Sanchez**

Realmente, sinto esta necessidade, sobretudo porque tive a oportunidade de estar um pouco mais próxima de outros colegas do SUS. O que vejo hoje, comparado ao ano passado quando estive aqui, é que parece ter havido um grande passo, um avanço extraordinário. O fato de estarmos hoje aqui falando sobre atenção farmacêutica e, ainda por cima, contando com a vontade política do governo deste País, eu penso que este é um grande avanço. Não gostaria que saísse alguém desanimado desta reunião. Penso que, acima de tudo, temos que acreditar em nós mesmos e entender que a mudança não virá de fora. A parcela que corresponde a cada um de nós já pode fazer muita diferença.

Falando sobre a prática da atenção farmacêutica, eu poderia dizer que tenho uma experiência diferente, inclusive de todos os professores que estão aqui. Oficialmente, a lei não nos permite ter pacientes ou ir a uma farmácia exercitar isto. Porém, quando comecei a ver, estudar e me conscientizar passei, então, a acreditar nisto e tenho certeza de que morrerei acreditando.

Entendo a preocupação do colega que acaba de falar e gostei muito que tenha feito a intervenção, porque isso nos permite realizar reflexões que podem ajudar no alcance do objetivo essencial deste seminário que é ver como, ao menos, nos aproximamos de uma estratégia que permita implantar a atenção farmacêutica no Sistema Único de Saúde.

Estamos sumamente comprometidos com esta atividade que estamos aqui realizando. Espero que lhes sirva de ânimo saber que não estão sozinhos nesta caminhada

e que nós todos também estamos muito comprometidos com tudo isto que os senhores querem fazer. Além disso, sintam como um compromisso, pois também estamos vendo em vocês o futuro das ideias que defendemos.

### **Linda Strand**

Quando estávamos desenvolvendo a prática da atenção farmacêutica teríamos sido irresponsáveis se não tivéssemos estudado a história da Farmácia. Era uma obrigação entender como poderíamos seguir além da Farmácia Clínica. Trabalhamos muito e coletamos muitos dados para saber por que estes profissionais não eram reconhecidos e pagos pelo que fazem. Após 30 anos de esforços com muitas pessoas em muitos países, encontramos a resposta e ela não é muito complicada. A resposta foi dada pelo meu governo e pelo pessoal de seguro de saúde que paga e constrói os serviços de cuidados para os participantes.

São necessárias quatro coisas para ser pago e reconhecido como um provedor de saúde em todas as nossas sociedades. A primeira delas é a necessidade de definição da prática, que seja explícita e aceita na arena de cuidado do paciente, e isso nos levou a definir a prática como fizemos. A segunda coisa necessária é um sistema de documentação que garanta ao resto do mundo que o que estamos fazendo é o certo e pode ser reproduzido. A terceira coisa é um sistema de avaliação para garantir que a qualidade do cuidado que você está fornecendo é excelente. A quarta coisa é uma maneira de remuneração para o serviço que você está fornecendo. Essas são as quatro exigências do nosso governo para reconhecer e pagar um provedor de cuidado ao paciente.

Atualmente, temos uma lei no Estado de Minnesota que define estes quatro elementos para o cuidado farmacêutico. Pela primeira vez na história nos EUA, os farmacêuticos têm um número de registro fornecido a todos que estão provendo um cuidado ao paciente. A lei define a prática explicitamente, dizendo o que tem que ser documentado, o que deve ser avaliado e como você será pago. Nosso governo a aceitou e decretou essa lei e, pela primeira vez nos EUA, os farmacêuticos são remunerados por prover cuidado aos pacientes. Essa lei se presta perfeitamente para o que vocês querem fazer, tendo sido aceita por médicos, legisladores, políticos, enfermeiros e farmacêuticos. Fomos bem-sucedidos nos quatro elementos que tínhamos que definir explicitamente pela lei, que é muito específica. Não há nada que o impeça de praticar a atenção farmacêutica amanhã, não há razão para esperar, para ter dúvida e ficar apreensivo. Este é o momento mais emocionante e impressionante na vida dos farmacêuticos, pelo menos nos 30 anos em que estou na prática. O seu governo está nessa sala e quer este serviço. Acho que não é necessário esperar.

### **Coordenador – Divaldo Lyra Júnior**

Antes de encerrar eu queria só fazer uma comparação: no curso de Psicologia é estudada a história de cada uma das pessoas que fizeram ela se tornar uma ciência. Para

que Freud revolucionasse, ele teve um professor que o estimulou e talvez esse professor tenha padecido da solidão do visionário. Às vezes o visionário nasce 30, 40 ou 50 anos antes, mas se não fosse ele, nada mais viria depois. Acredito que estamos diante de visionários que estão mudando uma profissão no mundo inteiro.

Só estamos aqui porque somos corajosos, então temos que pegar essa bandeira e lutar. Não podemos baixar a cabeça diante dos desafios. Muito obrigado.



# ATENÇÃO FARMACÊUTICA: ALIANDO ENSINO, PESQUISA E PRÁTICA

## Fala inicial da Coordenadora – Josélia Frade

Bom dia a todos. Vou chamar aqui o professor Fernando Martinez para proferir sua palestra – Atenção Farmacêutica, Aliando Ensino, Pesquisa e Prática. Obrigada.

## Palestra – Fernando Martinez

Bom dia. Na minha apresentação trarei para os senhores não apenas a experiência espanhola, mas também a experiência europeia, bem como o que pudemos fazer na Espanha integrada à União Europeia. Em seguida, focalizarei nas iniciativas da Universidade de Granada a qual represento.

A Europa se encontra imersa em um processo de convergência, que surgiu a partir de uma declaração que percorreu todos os países europeus, conhecida como “Declaração de Bolonha”. Esta declaração estabelece uma série de objetivos e busca desenhar um espaço europeu de ensino superior único, que permita a livre circulação de profissionais, bem como a possibilidade de homologação e reconhecimento dos títulos dos 25 países membros. Esse é um objetivo que defendo e espero que tenha um alcance mundial já que falamos de globalização.

Nessa busca de um espaço único, passa a existir um novo sistema de titulações, com dois níveis nitidamente diferenciados: o nível de graduação e o nível de pós-graduação. Logo, são dois níveis e três ciclos. O primeiro nível – graduação –, compreende os ensinos universitários que é o primeiro ciclo; o segundo nível – de pós-graduação –, integra o segundo ciclo de estudos, dedicado à formação avançada e conducente à obtenção de um título de mestre, e o terceiro ciclo, conducente à obtenção do título de doutor, que representa o nível mais elevado da educação superior.

Diante disso, temos dois campos para atuar, que é no nível de graduação e de pós-graduação. No nível de graduação, o que precisamos pensar em primeiro lugar é o que entendemos por atenção farmacêutica, ou seja, que necessidades o farmacêutico tem em termos de formação para poder colocar em prática a atenção farmacêutica? Quais as áreas de conhecimento e que departamento pode assumir este ensino?

É consenso no mundo que precisamos ter conhecimentos de Farmacologia, Farmacoterapia, Fisiopatologia, Fisiologia, Farmácia Clínica, Antropologia, Sociologia, Psicologia, Comunicação, enfim, uma série de matérias, muitas delas matérias-chave e básicas, e outras que entendo como ferramentas. Porém, não existe uma área de conhecimento, dentro da universidade, que possa assumir todo este ensino, e este é o grande desafio atual.

Vamos cobrir este ensino de formação fazendo uso de acadêmicos e profissionais especialistas, rigorosos e com experiência comprovada. A doutora Alina disse que em seu país os professores universitários não podem exercer a profissão fora da universidade, pois se dedicam em tempo integral, da mesma maneira que ocorre na Espanha. Dessa maneira, não podemos estar nas farmácias e nem exercer a profissão fora das aulas.

O grande debate mundial é o de que a universidade forma licenciados com uma formação generalista, mas não forma profissionais. Isto é um erro! Precisamos formar diplomados científicos, rigorosos, críticos e bem formados para que, assim, sejam capazes de abordar problemas e resolvê-los em sua prática profissional.

Em nosso sistema, temos três tipos de disciplinas. As disciplinas chamadas “vertebrais” são 14, estão definidas por diretiva europeia e seu cumprimento é obrigatório para todas as universidades, portanto têm que estar presentes em seus “esqueletos”. Em seguida, temos as disciplinas opcionais, ou seja, cada universidade, assim como cada aluno, pode optar em ter ou não em seus currículos. Mais adiante, temos, ainda, as disciplinas de livre configuração, que são disciplinas que complementam a formação estruturada de um plano de estudo.

Baseadas nisso, as universidades fizeram a reforma dos planos de estudo nos anos 90, entretanto, as decisões em atenção farmacêutica surgem somente a partir de 1995. Assim, os planos de estudo já estavam desenhados e era preciso atender a esta necessidade de formação, incorporando esta matéria nos planos de estudo. Era fácil incorporar a atenção farmacêutica como optativa ou como disciplina de livre configuração, pois nenhum departamento se queixa pela proposição de mais uma disciplina. Porém, alterar um “esqueleto” é mais difícil, pois se alguém move o esqueleto isso implica que outro tenha que sair. Este era o problema.

O que fizemos então? Adaptamos a atenção farmacêutica ao que já tínhamos. Existe uma disciplina chamada “Práticas Tuteladas”, que são práticas profissionais ministradas durante seis meses, em tempo integral, ou seja, oito horas diárias em uma farmácia comunitária ou hospitalar. Então, três meses antes do aluno se incorporar às práticas profissionais, introduzimos o conceito de atenção farmacêutica, o qual está dentro de uma disciplina central. Isto é uma estratégia. No entanto, muitas universidades utilizaram outras estratégias e incorporaram disciplinas optativas ou, como nós, que além desta estratégia central da disciplina de Práticas Profissionais, incluímos também uma disciplina optativa de seis créditos.

O programa da disciplina de livre configuração, optativa, pode ser dividido em três grandes blocos que são a dispensação, a indicação e o seguimento farmacoterapêutico. Portanto, vemos todos os conceitos de atenção farmacêutica, incluindo, *pharmaceutical care*, seguimento farmacoterapêutico, farmacovigilância e, obviamente, outra série de aspectos que nos são aspectos-chave, como estudos de utilização de medicamentos, comunicação em farmácia assistencial. Como os senhores podem ver é um bloco. Aliás, agora já acredito que seja uma grande área.

Há também um programa prático com pacientes virtuais, o que, francamente, é muito ilustrativo, muito informativo, onde são analisadas situações reais. No Brasil têm as farmácias-escolas que possibilitam as práticas. Isso é fantástico!

Agora, o que nos importa alcançar, embora alguns estejam já muito cansados, é fazer com que as 60 mil farmácias comunitárias estejam formadas em atenção farmacêutica, à disposição da universidade, para que os alunos aí possam praticar seus conhecimentos. Se isto for uma utopia, vou continuar acreditando nela.

Para o próximo curso, solicitamos ajuda à universidade para finalizar um projeto de inovação docente, que incorpora uma metodologia nova, centralizada na parte prática da disciplina, com um ensino avançado em problemas no âmbito da atenção farmacêutica, aplicável a conteúdos teóricos. A parte prática é feita de forma virtual, aplicando todos os aspectos conceituais e metodológicos da atenção farmacêutica, no intuito de reduzir a morbidade associada ao uso de medicamentos.

A universidade se move muito lentamente, assim como também se move muito lentamente a própria profissão, mas a Agência de Avaliação da Qualidade, na Espanha, propôs que fosse elaborado um “livro branco” da licenciatura espanhola, neste caso, em farmácia. As 15 faculdades espanholas elaboraram este “livro branco” e, observem os senhores, o acordo que alcançamos: modificar o esqueleto. Vocês podem imaginar o que custa isso a uma universidade com 500 anos de idade. Todos sabem que isto custa muito, mas embora ela se mova lentamente, este movimento é seguro. Ter uma disciplina vertebral de cumprimento obrigatório para as 15 faculdades de farmácia, tanto públicas como privadas, era impensável como proposta. Entretanto, fomos ainda mais adiante, na Declaração de Malta, assistimos 310 delegados procedentes de 68 escolas, de 29 países, e chegamos ao seguinte acordo: que os programas de educação em farmácia devem ser de, no mínimo, cinco anos com 300 créditos, contemplando atividades práticas com pacientes e um profundo conhecimento em atenção farmacêutica, ética profissional, comportamento e atitude, farmácia clínica, mecanismos reguladores de medicamentos prescritos e não prescritos, serviços médicos e indústria farmacêutica. Desta forma, logicamente se chegará à prática em maior ou menor medida. Se alguém aprova o acordo, todos estão juntos.

Em relação à pós-graduação, tínhamos uma maior liberdade para mudanças, sendo assim, diversas ações foram desenvolvidas. Um bom exemplo é o caso de Granada, que oferece um Máster em Atenção Farmacêutica já com 15 edições, além das 12 internacionais integrais na Colômbia, com 600 alunos nacionais e 50 internacionais e, ainda assim, há pessoas esperando pela oportunidade em listas de espera. Além disso, temos: um curso menor de experto universitário em seguimento farmacoterapêutico que já alcançou sete edições, com um total de 150 alunos; cursos de capacitação em atenção farmacêutica, com 13 edições, que aportam 156 alunos; um Máster a distância em Atenção Farmacêutica Comunitária, em colaboração com a Universidade de Valência, que já chega à oitava edição; um Máster Ibero-americano em Atenção Farmacêutica entre a Universidade de Granada e Colômbia, Bolívia, Costa Rica e Honduras; Maestria

Internacional em Atenção Farmacêutica com quatro universidades da Colômbia; um Programa de Doutorado em Farmácia Assistencial, que já tem sete edições com 111 alunos matriculados em 2005, sendo que a maioria deles vêm de farmácias comunitárias e hospitalares. Além desses, tem ainda o Máster (Mestrado) Europeu em Atenção Farmacêutica com uma rede de três países – Espanha, Portugal e Malta – envolvendo dez instituições, cinco universidades espanholas e cinco faculdades de Farmácia – quatro em Portugal e uma em Malta – com os mesmos conteúdos, porém com um componente de especialização em cada país, promovendo a mobilidade dos alunos. Esse programa dispõe de uma série de módulos comuns e obrigatórios contemplando aspectos não apenas de farmacoterapia, mas também de comunicação, dimensão social e econômica do medicamento, interpretação de provas clínicas, que permitem a resolução de problemas relacionados aos medicamentos, entre outras. O programa contém também alguns módulos optativos voltados a enfermidades específicas.

O Máster Europeu em Atenção Farmacêutica possui duas opções, sendo que a primeira é profissionalizante, com duração de um ano e termina com uma Monografia de Conclusão. O segundo é acadêmico, dura dois anos e é concluído com uma Tese de Maestria, obtendo-se um de Diploma de Estudos Avançados (DEA). A consecução do DEA pode levar à realização de uma Tese de Doutorado. Além disso, em função dos aspectos comuns às duas opções, é possível que o aluno que escolheu pelo Máster Profissional, e que em um determinado momento desperta sua inquietude pesquisadora, possa mudar para a opção acadêmica, e posteriormente o Doutorado.

Aqui temos as universidades participantes do Máster Europeu em Atenção Farmacêutica: na Espanha (Universidad de Granada – instituição coordenadora, Sevilha, Santiago de Compostela, Valência e Barcelona), em Portugal (Universidade de Coimbra, Lisboa, Porto e Évora) e em Malta (University of Malta). Conforme comentei anteriormente, as mesmas já têm experiência na área, em nível de pós-graduação.

Outro trabalho que desenvolvemos foi a elaboração de guias de seguimento farmacoterapêutico sobre as enfermidades mais prevalentes. São manuais práticos para que possamos levar adiante a atenção farmacêutica em diferentes doenças como depressão, rinites alérgicas, diabetes, entre outras. Realizamos, ainda, cursos via satélite de introdução à prática de Atenção Farmacêutica, sessões clínicas, cursos de capacitação *on line*, oficinas de trabalho de seguimento em pediatria, geriatria, saúde mental e dispensação.

Um dos grandes projetos do MS da Espanha foi promover, por iniciativa das 15 universidades, uma oficina de trabalho para capacitação de farmacêuticos comunitários em Atenção Farmacêutica. São cursos eminentemente práticos, onde teríamos, em um ano, 20% dos farmacêuticos comunitários exercitando esta prática, e, em dois anos, poderia chegar a 40%, com um efeito multiplicador bastante interessante.

Adicionalmente, foi criada uma cátedra em Atenção Farmacêutica, devido um impulso da indústria farmacêutica, para a qual temos uma página na *web* ([www.pharmacare.com](http://www.pharmacare.com)), em que desenvolvemos um portal de consulta sobre aspectos relacionados à atenção farmacêutica, com o método Dáder e uma revista científica antes



chamada “*Seguimiento Farmacoterapéutico*”, que recentemente alteramos para “*Pharmacy Practice*”, a qual apresenta artigos relacionados ao *Pharmaceutical Care*. É nosso objetivo que, em um breve espaço de tempo, esta revista esteja dentro do que chamamos índice de impacto.

Vale ressaltar também que conseguimos algumas bolsas para projetos de investigação curtos (seis meses), que estão sendo realizados por grupos de farmacêuticos comunitários e hospitalares. Além disso, já foram defendidas 14 teses de Doutorado, o que é uma boa produção para nós que procedemos do laboratório e que temos dificuldades para entender a epidemiologia e a investigação epidemiológica. Iniciamos com trabalhos de abordagem quantitativa, mas já estamos desenvolvendo também pesquisas com metodologia qualitativa.

Conforme eu já havia dito, em primeiro lugar vem a necessidade de convencimento sobre a problemática do medicamento que precisa ser solucionado. Estamos estudando prevalência e conhecendo a magnitude dos problemas. Portanto, o problema sobre o qual estamos falando deve ser grande para que o MS decida, como fez em Minnesota, que é necessária a sua abordagem.

Com a tese da doutora Baena, então, foi exatamente isso o que fizemos, pois nela nós demonstrávamos que 32% das entradas em emergências eram decorrentes de problemas relacionados a medicamentos. Porém, quando aplicamos critérios que buscam evitar este tipo de problema, pudemos observar que 80% daqueles problemas poderiam ter sido evitados com um programa de atenção farmacêutica. Estes são dados concretos que nos permitem buscar uma série de iniciativas visando a implantação da Atenção Farmacêutica. Algumas teses de Doutorado, como a da doutora Baena e do doutor Castelo, mereceram que os laboratórios as publicasse, de maneira que se tornaram textos científicos, que, em caso de interesse, poderão ser consultadas, pois estão *on line*.

Para finalizar, eu gostaria de lhes fazer uma proposta, a fim de que consigam implantar a atenção farmacêutica. O que seria o ideal? O ideal seria que os senhores tivessem uma doutora Strand, que é uma entusiasta, interessada e com experiência acumulada ao longo de anos de trabalho. Mas, além disso, também seria interessante ou conveniente que pudessem contar com pessoas jovens e entusiastas, capazes de levar a cabo o processo. Que sejam professores e profissionais como Amanda, Mauro, Josélia ou Divaldo, com esta força que sabem transmitir. Seria necessário que tivessem profissionais tão comprometidos e envolvidos, ainda que, às vezes, fiquem desmotivados e desiludidos, como o doutor Machuca ou o doutor Fernando Martinez. Outro ponto importante é ter um governo disposto como o que os senhores têm. Entretanto, em qualquer país, há muitos e muitos problemas e, evidentemente, é muito difícil atender a todas as necessidades, mas isso que estamos celebrando já é um êxito.

Adicionalmente, também lhes recomendo, já que este foi um dos grandes problemas na Espanha, que formem um conjunto entre universidade, profissionais e associações científicas. Que seja um bloco sem afãs de protagonismos, sem que tenhamos que discutir que tipo de método, que tipo de classificação, nem quem inicia ou quem deve deliberar o processo. Não sigam por este caminho.

É necessário que haja pessoas jovens como as que existem aqui, com vontade e entusiasmo, capazes de colocar em andamento todo o processo, sem que, na primeira fase dele, caiam na armadilha de debaterem se devem ou não ser remunerados. Este tempo chegará por si mesmo. Não pensem que quando digo que não devem ser remunerados, não estou pensando que em um futuro, sim, todos devam ser remunerados. É claro que devemos buscar formas de remuneração, mas isso precisa ser conquistado. Em primeiro lugar, há que ser demonstrado que existe um autêntico problema de saúde, que nos formamos e estamos capacitados para resolvê-los, e que podemos ser úteis à universidade sob este aspecto. Portanto, impulsionem, comecem, façam, demonstrem que, seguramente, os senhores conseguirão.

Concordo com as visões e com os comentários feitos no sentido de que o processo é lento, mas seria uma pena desperdiçarmos um potencial como o que temos em nossos farmacêuticos – e, neste caso, posso, seguramente, afirmar que formamos rigorosos e bem capacitados profissionais. É claro que me dá pena saber que estabelecimentos como as farmácias comunitárias, que em nosso país estão definidas como estabelecimentos sanitários, também possam vir a sofrer este tipo de desaproveitamento sanitário e social. Assim sendo, insisto, todas as opções são válidas. Porém, o que estou, de fato, convencido é que este processo não tem como retroceder. Muito obrigado.

### **Coordenador – Josélia Frade**

Obrigada doutor Fernando Martinez pela apresentação. Dando prosseguimento, vamos abrir para discussão. Por favor, sejam breves em seus questionamentos.

### **Participante E**

Trabalho no Departamento de Ciência e Tecnologia do MS, que é um dos locais no Brasil que fomenta e incentiva a pesquisa em diversas áreas do conhecimento, e teria duas perguntas para o professor. Existe, na Espanha, algum programa de avaliação do impacto das pesquisas que são desenvolvidas? De onde provêm os recursos para a realização dessas pesquisas, além daquele caso que você citou que tem uma interação com o MS da Espanha?

### **Fernando Martinez**

O que eu poderia dizer é que, por exemplo, na Espanha, há o que chamamos Agência de Avaliação da Qualidade do Ensino Universitário, bem como uma série de requisitos estabelecidos em nível nacional e de estadual – o que seria, na Espanha, Comunidade Autônoma – onde existe um reconhecimento da qualidade da formação. Desse modo, todos esses programas que lhes apresentei passaram pelo filtro de qualidade não apenas da própria universidade, que também tem seus próprios mecanismos autorreguladores, mas também de suas Comunidades Autônomas correspondentes e respectivo filtro no nível nacional. Ainda há mais, acabamos de apresentar o programa

de Doutorado ao que chamamos “menção de qualidade”, que é um tipo de reconhecimento adicional ao que se conhece como programas de excelência. Temos também em andamento programas de qualidade, não apenas de estabelecimentos, mas de processos. Portanto, estamos articulando mecanismos que asseguram não apenas a formação recebida, como também o resultado desta formação.

### **Coordenador – Josélia Frade**

Professor, na pergunta escrita, perguntaram o que é a indicação farmacêutica sobre a qual o senhor fala?

### **Fernando Martínez**

Indicação farmacêutica é aquilo que também se conhece como consulta farmacêutica, e ocorre quando um paciente não vai ao médico, e sim ao farmacêutico, porque apresenta uma tosse, gripe ou dor de cabeça, e pergunta a ele o que poderia usar para aquele determinado sintoma menor. Logo, estamos desenvolvendo protocolos que permitam distinguir se este é um sintoma menor, que não necessita atenção médica.

Se não for necessária atenção médica, na Espanha, o farmacêutico está capacitado para atender este paciente, recomendando-lhe um medicamento que não precisa de prescrição médica, como por exemplo, um antigripal ou um analgésico. A vantagem é que isso impede que este tipo de medicamento acabe sendo vendido em supermercados, por exemplo, já que não requerem prescrição. O farmacêutico, com um protocolo e uma guia de indicação, baseado nos sinais e sintomas, indica um medicamento que não necessita de prescrição médica.

### **Participante F**

Bom dia. Sou professora de Farmacoepidemiologia da Universidade Federal do Ceará. Sempre toco em pontos incômodos, mas eu penso que esse é um momento muito importante para aprofundarmos nossa reflexão sobre a construção da atenção farmacêutica no Brasil. Queria retomar uma reflexão que nós profissionais da área de saúde, iniciamos por volta dos anos 70 e 80, sobre o processo de medicalização da vida humana que vinha ocorrendo e que foi cada vez mais se agravando. A medicalização da vida levou a essa situação desastrosa que vivemos atualmente nas sociedades ocidentais, a respeito da morbimortalidade relacionada ao uso de medicamentos. Chegamos ao ponto de aceitar que velhice significa doença e que, portanto, as pessoas idosas precisam necessariamente tomar medicamentos.

A reflexão que eu quero trazer aqui é: os farmacêuticos que começaram a pensar sobre a questão dos determinantes do uso de medicamentos, como desenvolvimento da Farmácia Social e refletir sobre o valor simbólico dos medicamentos, contribuindo para que as pessoas vissem o medicamento, não como um produto de uso comum, não como um bem de consumo, mas como algo muito precioso que somente deve ser uti-

lizado quando extremamente necessário e quando não há uma outra forma de resolver aquele problema de saúde. Então, como lidar com o problema dos erros de medicação e com a morbimortalidade associada a eles, corrigindo apenas o que acontece após a prescrição ocorrida?

Pelo o que eu tenho visto nos resultados dos trabalhos, inclusive apresentados aqui, o principal e mais frequente problema que se encontra são os diagnósticos não feitos, isto é, a falta de tratamento. Então, gostaria que pensássemos sobre a atenção farmacêutica que vem simplesmente para fazer com o que o uso de medicamento, ocorra da maneira mais adequada e com menos riscos. Que contribuição vamos dar ou estamos dando, para que essa excessiva medicalização e medicamentação da vida humana possa ser superada?

### **Fernando Martinez**

Concordo totalmente com as suas colocações e estou convencido de que o trabalho do farmacêutico é a prevenção. Existem países que estão apostando na prevenção da enfermidade e, por conseguinte, em evitar a utilização demasiada de medicamentos. Este é um tipo de prática, onde, por meio da atenção farmacêutica, o farmacêutico exerce grande influência. Portanto, os programas de prevenção de doenças, detecção de doenças ocultas e de promoção de hábitos de vida saudáveis, forma parte da atenção farmacêutica em seu núcleo mais geral.

Estou totalmente de acordo e, obviamente, todo processo encaminhado a partir da dispensação até a atenção farmacêutica deve estar dirigido para a melhor utilização dos medicamentos e para o uso racional dos mesmos. Logo, também acredito que devemos insistir, no sentido de que ferramentas tão importantes, como a educação sanitária, convertam-se no eixo do exercício profissional de nossos farmacêuticos.

Não devemos nos esquecer que, por sorte ou por desgraça – na minha opinião mais por sorte –, os medicamentos são a arma terapêutica, atualmente, mais eficaz que temos para a luta contra as enfermidades. Tudo passa por uma boa promoção da saúde, prevenção da enfermidade e, obviamente, utilização dos medicamentos.

### **Participante G**

Gostaria de fazer algumas colocações que considero interessantes e penso que sejam pertinentes nesse momento. No processo que estamos percebendo aqui, o que me impressiona mais é a questão da experiência, pois acredito que nesta prática profissional que discutimos, ela é muito importante. Existe na Sociologia algo chamado de aniquilação, que eu percebo que está existindo aqui e isso não é benéfico. Tenho notado essa aniquilação na depreciação sofrida por aqueles que um dia iniciaram essa prática profissional. Acredito que juntos podemos contribuir para a prática com uma troca de experiências, sem essa aniquilação para o novo prevalecer.

Nesse momento, precisamos reparar no processo de legitimação e, quando bus-

camos algo que precisa ser universal, gostaria muito de no futuro poder contar com uma troca de experiência com você e todas as pessoas, seja na África, Europa ou Estados Unidos. Minha preocupação está em legitimar aquilo que já existe para tentarmos chegar juntos, em todos os lugares do mundo, a uma prática única; que consigamos nos falar, que consigamos nos comunicar. Isso é uma preocupação que eu tenho quanto à legitimação. Principalmente, porque se em cada momento, se em cada região aqui desse país for criada uma nova metodologia, não a legitimaremos. Acredito que, antes de ficar criando metodologias, é importante executar a atenção farmacêutica. É isso que eu tenho a colocar, para nós não aniquilarmos o antigo por novas tendências, pois o nosso propósito aqui é interessantíssimo e importantíssimo para o País. Bem, era só isso que queria colocar, desculpem se eu me coloquei dessa forma, mas na minha opinião é interessante dizer isso. Obrigada e desculpe qualquer coisa.

### **Fernando Martinez**

A senhora não tem que se desculpar. O fato é que não ouvi nada em contradição ao que a senhora disse. Ao contrário, penso que em tudo há que se tomar por base a experiência. Acabo de comentar que para poder implantar esta nova filosofia, independentemente de sua metodologia, o ideal seria poder contar com uma doutora Strand, com tão larga experiência nesta área. O tema das metodologias é banal, pois não devem existir apenas duas, mas sim 14, 20 ou 25 delas, pois enriquecerão o processo. O debate é se somos capazes de respeitar as diferentes posições. Desta forma, apesar de ter parecido em alguns momentos que existem duas visões – a de Minnesota e a de Granada – posso lhes assegurar que Granada tem muito que agradecer a Minnesota. Logo, creio que, devem existir diferentes grupos frutos das iniciativas de todos os países e fóruns, os quais enriquecerão e farão com que esta prática possa chegar a ser universal.

Eu não percebi nenhum tipo de situação de aniquilação de experiências anteriores, uma vez que a base científica é a experiência. Se falei para os senhores sobre método científico, que a partir de uma ideia investiga, desenvolve uma teoria, corrobora com novos resultados e que, ao final, converte-se em corpo de doutrina, como vou dizer que o anterior há que ser esquecido? Esta ideia está muito distante do meu real pensamento.

### **Coordenador – Josélia Frade**

Gente, devido ao adiantado da hora, vamos encerrar o debate e retornar após o intervalo. Obrigada mais uma vez ao doutor Fernando Martinez, foi muito bom tê-lo aqui compartilhando sua experiência. Muito obrigada.



# RELATOS DE EXPERIÊNCIAS BRASILEIRAS NA IMPLANTAÇÃO DA ATENÇÃO FARMACÊUTICA NO SUS

## **Fala inicial da Representante da Comissão Científica – Djenane Oliveira**

Bom dia. Antes de dar início à sessão, estou aqui para contar sucintamente a história da seleção desses quatro trabalhos que vão ser apresentados. Como é do conhecimento de vocês este Seminário teve uma Comissão Organizadora e uma Comissão Científica.

A Comissão Científica foi criada para selecionar os trabalhos que seriam apresentados aqui, na forma de pôsteres e de apresentação oral, pois como trouxemos vários estrangeiros, gostaríamos de apresentar um pouco do que tem sido feito no Brasil. Neste sentido, a Comissão Científica decidiu escolher quatro trabalhos que pudessem representar o nosso País. Infelizmente não havia mais espaço para que outros trabalhos fossem apresentados, então eu queria só falar um pouco de como foi o processo de seleção.

Inicialmente, foram utilizados critérios científicos para avaliar os resumos enviados, isso significa que vários professores, pesquisadores, sentaram e viram se havia conexão entre o objetivo do trabalho e a metodologia, resultados, conclusão, ou seja, os critérios básicos científicos. Depois, como havia representantes de vários estados na Comissão Científica, por exemplo, eu sou de Minas Gerais, então não avaliei os trabalhos de Minas, mas de outros estados, e assim sucessivamente. Então, esse foi um critério que nós usamos. Outro critério utilizado foi que os trabalhos apresentados aqui deveriam representar diferentes regiões do País. É claro que alguns estados não enviaram trabalho, então, não tem jeito de escolher um trabalho que não existe, o importante é que tentamos ter a representação do maior número de regiões no País.

Outro aspecto que vocês vão perceber é que as pessoas que apresentarão usam metodologias de atenção farmacêutica diferentes, então todas elas foram incluídas. Também foram incluídos estudos com diferentes metodologias de pesquisa, como pesquisa quantitativa e qualitativa. Outra questão importante é que nós procuramos selecionar trabalhos que estão mais estruturados e estudos que a Comissão entendeu que são realmente de atenção farmacêutica. Isso é importante, porque vários dos trabalhos enviados foram de assistência farmacêutica, outros foram trabalhos de projetos para implantação da atenção farmacêutica no futuro, quer dizer, não havia resultados. Portanto, os trabalhos que vão ser apresentados aqui hoje, já atendem pacientes e estes pacientes estão sendo cuidados, com a obtenção de resultados, etc. Bem era isso, agora eu vou passar a palavra para o Nelson.

## **Fala inicial do Coordenador – Nelson Silva**

Bom dia. Gostaria de chamar inicialmente para fazer a apresentação o Leonardo César Tavares, que é farmacêutico de Pesquisa Clínica no Instituto do Coração (Incor) do Hospital de Clínicas, da Faculdade de Medicina da USP e Especialista Clínico e Hospitalar.

### **Palestra – Leonardo César Tavares**

Primeiramente, quero agradecer esta oportunidade de trazer para vocês um pouco do que nós fizemos no Incor. Este é um trabalho de conclusão da especialização em Farmácia Clínica e Hospitalar, justamente porque o serviço de farmácia tem a intenção e hoje busca ferramentas que tornem a atenção farmacêutica factível.

Atendemos diariamente no ambulatório do Incor mais de 2.000 pacientes que vão regularmente buscar os seus medicamentos, então esse trabalho foi piloto, já que o Incor tem a intenção de sistematizar mesmo a atenção farmacêutica naquele serviço. O título do meu trabalho é: “Utilização do Método Dáder de Seguimento Farmacoterapêutico no Tratamento de Pacientes com Insuficiência Cardíaca Congestiva”.

A justificativa para a escolha da insuficiência cardíaca congestiva (ICC) é que, trazendo dados do SUS, aproximadamente sete milhões de brasileiros sofrem com essa doença. A ICC gerou 386 mil internações em 2001, levando a 25.498 óbitos, e um terço dos internados no SUS com doenças cardíacas é portador dessa doença, daí a sua relevância no nosso contexto do serviço público. Além disso, a ICC é a principal causa de internação entre pacientes com mais de 60 anos. Estes, por sua vez, são pacientes polimedicados devido à própria fisiopatologia da doença, que é crônica e cuja principal causa de descompensação, segundo as Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia para o Tratamento da ICC, é a não aderência ao tratamento medicamentoso. Essa doença pode ser definida como o estado fisiopatológico em que uma anormalidade da função cardíaca é responsável pela incapacidade do coração bombear sangue em uma taxa suficiente para atender as necessidades metabólicas dos tecidos. As fibras cardíacas relaxam e o coração perde a função de bomba, de forma que o suporte tanto de oxigênio como de nutrientes que todo organismo precisa, acaba sendo diminuído.

Existe uma série de sintomas clássicos para ICC que fazem os portadores dessa doença ter uma baixa qualidade de vida. As manifestações clínicas da ICC são a dispnéia (falta de ar), ortopnéia (falta de ar quando o paciente está em decúbito, de forma que ele precisa dormir sentado), dispnéia paroxística noturna (o paciente acorda à noite com uma falta de ar dando uma sensação de morte, fraqueza e fadiga), e edema de membros inferiores. Esses sintomas pioram a qualidade de vida do paciente descompensado e a não adesão ao tratamento medicamentoso é o principal fator, entre uma série de outros que desencadeia essa descompensação. O que pode causar a ICC? Hipertensão arterial crônica não tratada, infarto agudo do miocárdio, doenças valvares, doença de Chagas e alcoolismo. Todas essas doenças alteram o formato inicial do coração e o tônus natural que o miocárdio vem fazendo com que ele perca a sua capacidade de bomba.



Nosso trabalho, propriamente dito, teve como objetivo identificar os Problemas Relacionados a Medicamentos (PRM), em pacientes com ICC, e avaliar o reflexo que a resolução desses PRM teria para a qualidade de vida do paciente. Para isso, selecionamos 30 pacientes que foram devidamente randomizados e divididos em dois grupos: controle e intervenção. Devido aos critérios de randomização, a escolha foi aleatória, tivemos a maioria dos pacientes (70%) do sexo masculino. Quanto à faixa etária predominou os que estavam entre 51 e 60 anos, que também é maioria dos pacientes atendidos no Incor. Em relação às causas da ICC, entre os nossos pacientes, as principais foram a hipertensão não tratada ao longo de anos e a causa isquêmica. Dos pacientes, 73,3% usavam mais de cinco medicamentos podendo chegar até a 14, isso demonstra que ICC traz a polifarmácia para o paciente.

O método Dáder foi utilizado para identificar e resolver os PRM, e o “*Minnesota living with health failure questionnaire*” para avaliar a qualidade de vida antes e depois da resolução dos PRM. Esse instrumento é um questionário validado e utilizado pela comunidade de cardiologia para avaliar a qualidade de vida de pacientes com ICC. Este, por acaso, também foi desenvolvido em Minnesota e os pesquisadores iniciaram a utilização desse questionário naquele estado, mas hoje é algo utilizado no mundo todo.

Não vou entrar aqui, principalmente por conta do tempo, nos detalhes das fases do Programa Dáder, mas em relação à nossa metodologia o primeiro passo foi a oferta do serviço que ocorreu por via telefônica. No Incor existe um banco de dados com nome, registro, endereço, telefone e o dia da próxima consulta de todos os pacientes. Tive acesso a essa lista que foi de onde tirei os dados para a randomização. Então, liguei para o paciente sabendo que no dia seguinte seria o encontro dele com o médico no ambulatório do Incor, expliquei em linhas gerais o que seria o serviço e pedi que, após a consulta, quando fosse buscar os medicamentos na farmácia me procurasse.

Para os pacientes foi ótimo, porque eles esperam em torno de três horas em uma fila para pegar os seus medicamentos, visto que são 2000 pacientes que passam por lá, diariamente. Então, não precisaria ficar na fila. Após ser atendido pelo médico o paciente se dirigia ao consultório farmacêutico – temos quatro consultórios farmacêuticos onde são atendidos pacientes que fazem parte da pesquisa clínica com transplantados, devido ao uso de imunossupressores, que são medicamentos de alto custo e que precisam de acompanhamento farmacoterapêutico. Então, existe um tratamento diferenciado para esses pacientes e, em um desses consultórios, nós fizemos as nossas entrevistas.

O grupo intervenção foi composto por 15 pacientes que aceitaram inicialmente aquele serviço. No primeiro encontro houve a assinatura do termo de consentimento livre esclarecido, exigido pelo Comitê de Ética em Pesquisa, e também aplicação do questionário para avaliar qualidade de vida e da primeira entrevista do Dáder, fazendo as intervenções que fossem possíveis naquele momento. Na segunda entrevista, que ocorria sempre depois de 30 dias, fazíamos a avaliação dos resultados daquelas primeiras intervenções, além de fazer outras buscando resolver os PRM, pois a partir dos dados levantados na primeira entrevista, do estado de situação e do perfil medicamentoso

do paciente, tínhamos o material necessário para definir um plano de ação. Na terceira entrevista verificamos os resultados das intervenções e também, quando necessário, novas orientações foram feitas. Na quarta entrevista houve novamente uma avaliação daqueles mesmos PRM, porque queríamos saber se eles tinham se mantido ao longo desses quatro meses de acompanhamento. Aplicamos novamente o questionário de qualidade de vida quatro meses após o seguimento farmacoterapêutico.

O grupo controle passou apenas por duas entrevistas, uma no primeiro mês e uma no último. Nesses encontros, aplicamos o termo de consentimento, o questionário para avaliar qualidade de vida e fizemos uma entrevista para identificar os PRM do paciente naquele momento. Quatro meses depois, fizemos novamente a avaliação de PRM para verificar se os mesmos tinham se mantido ou sido resolvidos naturalmente por intervenção de algum outro profissional de saúde. Era aplicado também o questionário para avaliar a qualidade de vida do paciente naquele último momento.

No estudo, identificamos 41 PRM sendo 51% de segurança, 29,4% de necessidade e 19,5% de efetividade. Os PRM tipo 5 foram mais prevalentes e não encontramos PRM 3 e 6, sendo esse resultado importante. No grupo intervenção, 78,57% dos PRM foram resolvidos, contra apenas 15,78% no grupo controle, que é relevante estatisticamente ( $p < 0,05$ ). Com esse dado nós concluímos que o Dáder funciona para resolver PRM. Com o grupo controle nós provamos que somente a intervenção médica resolve PRM de maneira bem inferior que o grupo onde houve uma atuação ativa de um farmacêutico.

Outro resultado que nos impressionou foi em relação à qualidade de vida. O “*Minnesota living with health failure questionnaire*” é um escore, que avalia o emocional e o físico do paciente, então a soma dos números que nós encontramos ali, a partir das respostas dos pacientes, nos dá a ideia de que quanto maior é esse número pior é a qualidade de vida que o paciente está encontrando naquele momento, e quanto menor melhor é a qualidade de vida. Ao observarmos os escores encontrados no momento pré e pós-intervenção, notamos que o grupo controle teve uma melhora de qualidade de vida superior ao grupo intervenção, mas estatisticamente os dois grupos tiveram uma melhora que foi equivalente. A explicação que encontramos para isso é que o instrumento utilizado é muito bom para avaliar a qualidade de vida dos pacientes, mas precisa de um “n” expressivo de pelo menos 1.000 pacientes. Isso acontece porque o método é extremamente subjetivo. Dessa forma, quando avaliamos, por exemplo, a dispnéia, que é um sintoma clássico, dependendo do estado emocional do paciente naquele momento, pode assumir diferentes interpretações. Não podemos considerar que a resolução de PRM não melhora a qualidade de vida, porque quando você resolve o problema do paciente em qualquer instância, além, lógico, também daqueles relacionados aos medicamentos, isso traz uma melhora de qualidade de vida.

Como conclusão do nosso trabalho, o método Dáder foi de fato extremamente eficaz na identificação e resolução de PRM, que era o nosso primeiro objetivo, mas não

houve infelizmente diferenças significativas entre a melhora da qualidade de vida dos pacientes dos dois grupos pelo método de avaliação utilizado. Obrigado.

### **Coordenador – Nelson Silva**

Eu chamo agora o André Santos da Silva, farmacêutico graduado pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Ele é integrante da Assistência Farmacêutica do Estado de Pernambuco e é o farmacêutico responsável pelo Programa de Atenção Farmacêutica da Farmácia Escola da UFPE, além disso, está cursando especialização em Atenção Farmacêutica na Universidade Federal da Paraíba (UFPB)/Racine.

### **Palestra – André Santos da Silva**

Bom dia. Gostaria de começar apresentando o meu trabalho que é “Avaliação da Influência da Atenção Farmacêutica na Resolução e Prevenção de Problemas Relacionados aos Medicamentos de um Grupo de Hipertensos, na Farmácia-Escola da Universidade Federal de Pernambuco”.

A hipertensão é uma doença que afeta mundialmente várias pessoas. Segundo a Organização Mundial da Saúde, 65% dos idosos têm hipertensão. Só aqui no Brasil, 50% dos multiusuários de fármacos são idosos e é uma doença prevalente neste grupo. Os multiusuários de fármacos têm uma prevalência maior de PRM, pois quanto maior o número de medicamentos maior é a possibilidade de ter algum problema. Segundo o DATASUS, os idosos constituem 26% dos recursos de internação hospitalar no País. No Estado de Pernambuco, de acordo com o IBGE, tem 704 mil idosos, e no Recife, que é a capital do estado, encontra-se a terceira maior taxa de envelhecimento entre as capitais do Brasil.

Considerando que em 2025 o Brasil terá 35 milhões de idosos, então quantos milhões de hipertensos nós teremos no País? A hipertensão é uma doença silenciosa assim como tantas outras doenças crônicas, como a osteoporose e o diabetes. Como nós profissionais de saúde não podemos aferir uma pressão? Dosar uma glicose? Eu penso que nós somos profissionais de saúde e temos que fazer o diagnóstico, mas não diagnóstico seguido de prescrição, porque nós não podemos, não temos essa competência.

Desde 1963, a hipertensão vem causando mortes no Brasil. É uma condição clínica de natureza multifatorial, caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial, o que aumenta os riscos de danos nos chamados órgãos-alvo (coração, rins, cérebro e artérias), com conseqüente aumento do risco vascular. Quando não tratada causa danos ao organismo ocasionando mais internações, com mais despesas para o SUS. Vale lembrar que o meu trabalho não é sobre hipertensão, mas sim sobre o hipertenso. É o indivíduo hipertenso que tem também osteoporose, doenças reumáticas, gastrointestinais entre outras, sendo assim, vou investigar o indivíduo por completo.

A Farmácia-Escola da Universidade fica muito próxima ao Hospital das Clínicas e isso é muito importante, porque por lá passam mais de 300 pacientes por dia. No

setor de manipulação, o número de formulações feitas chega a 500 por dia. Aqui é outro setor interno da Farmácia-Escola; aqui a frente da Farmácia; aqui é o setor de sólidos e o setor de controle de qualidade da Farmácia-Escola, mais para frente tem um Setor de Atenção Farmacêutica, não tinha nenhuma foto para mostrar atendendo paciente, acabei colocando essa.

Em 1999, o doutor Divaldo Lyra Jr. foi o pioneiro na UFPE, uma vez que reuniu recursos juntamente com o Departamento de Farmácia e conseguiu montar e inaugurar a Farmácia-Escola Carlos Drummond de Andrade. Os pacientes eram encaminhados pela Unati, que era a Universidade para a Terceira Idade, Hospital das Clínicas e postos de saúde. Depois que o Divaldo saiu a Atenção Farmacêutica continuou até 2003, mas parou. Atualmente, a Farmácia-Escola promove estágios curriculares e extracurriculares, mas poucos são aqueles que procuram e querem atuar na Atenção Farmacêutica. O objetivo desse estudo foi avaliar a influência da Atenção Farmacêutica na resolução e prevenção de PRM em um grupo de hipertensos da Farmácia-Escola.

A primeira dificuldade encontrada foi que eu não era especialista em Atenção Farmacêutica, então, como fazer? Passamos um ou dois meses só estudando para poder nos prepararmos para a prática. Diante de uma documentação já pronta partimos para as entrevistas – ficha de cadastro do paciente com os seus dados pessoais, plano de acompanhamento da efetividade, ficha de registro da pressão, glicemia e outras análises bioquímicas. O critério de inclusão foi a hipertensão diagnosticada, utilizando medicamentos prescritos por um médico para tratá-la.

Com o tempo verificamos que vários pacientes necessitam, dependendo da sua gravidade, de atendimentos semanais, mas outros ficavam dois meses sem aparecer, no entanto, eles não são excluídos. Um mês foi o prazo que estabelecemos para os atendimentos, mas se o paciente não comparecesse no dia e no horário marcado não tinha problema, pois não podemos obrigá-lo a vir, essa é uma decisão dele.

A partir das informações levantadas elaboramos um plano, que pode ser a ampliação das informações ou o encaminhamento para outros profissionais de saúde. Discutimos tratamento medicamentoso e não medicamentoso, uma vez que, para uma melhora da qualidade de vida do paciente ser alcançada, precisa haver uma mudança no estilo de vida do paciente. Nós, enquanto profissionais de saúde, temos um papel de educadores visando à promoção da saúde, sendo assim, a parte não medicamentosa é de também de extrema importância. Com a implantação do plano vamos fazendo o controle, mensal ou semanal, durante o período de setembro de 2004 até hoje. Os resultados a serem apresentados são referentes a 25 pacientes cadastrados, sendo que o período de acompanhamento foi de setembro de 2004 até julho de 2005. A classificação de PRM que nós utilizamos foi a de Granada (2002)<sup>1</sup>. No estudo, as intervenções farmacêuticas educativas foram de fundamental importância. Fizemos uma peça teatral, no Sesc de Santo Amaro, em 2005, seminários educativos em salas de aula. Essas ações foram desenvolvidas com o grupo cadastrado, abrindo também para a população em geral.

---

<sup>1</sup> Informação fornecida pelo palestrante.

Dos 25 pacientes cadastrados 60% são mulheres, com uma média de idade de 58,7 anos, então são quase idosos ou idosos. O perfil do nosso usuário é que 76% deles têm mais de uma doença associada à hipertensão. A média de medicamentos utilizados foi de 3,84 por paciente, sendo que 68% deles apresentavam PRM, de acordo com o Consenso de Granada de 2002. Os PRM tipo 5 foram os mais comuns (36%), seguidos pelos 1 (28%), 4 (24%), 2 (8%), 6 (4%) e 3 (0%). A presença de PRM 1 pode estar relacionada a questões econômicas, pois falta medicamento nos postos, e porque os pacientes consideram que o medicamento pode causar problemas.

Ao final do estudo, 64% dos PRM foram resolvidos, e apenas 36% não resolvidos. Isso é um desafio e nós estamos lutando até hoje para que sejam resolvidos, mas, para tanto, precisamos da ajuda dos médicos. No início do nosso estudo, 40% dos pacientes chegavam à farmácia com a pressão não controlada, ou seja acima de 140 por 90, e depois das intervenções, 24% ainda não estão controladas, infelizmente, mas estamos lutando.

Concluindo, a atenção farmacêutica é instrumento importante para a sociedade e para o SUS, pois com ela o farmacêutico pode resolver ou prevenir – veja a importância – os PRM, contribuindo para melhorar a saúde dos usuários. As intervenções farmacêuticas educativas foram determinantes para a corresponsabilização da saúde e a obtenção de resultados clínicos positivos. O paciente agora está educado e entende melhor a necessidade de tomar o medicamento e a sua doença. Temos a perspectiva de ampliar a atenção farmacêutica na Farmácia-Escola da UFPE, que hoje já conta com 45 pacientes cadastrados e implantá-la na Secretaria da Saúde, da qual eu faço parte também.

### **Coordenador – Nelson Silva**

Chamo agora o Cassiano Correr, que é professor do Centro Universitário Positivo, mestre em Ciências Farmacêuticas pela Universidade Federal do Paraná (UFPR), e aluno do curso de Doutorado em Medicina Interna no Hospital de Clínicas, da Universidade Federal do Paraná.

### **Palestra – Cassiano Correr**

Bom dia. Vou relatar um trabalho que desenvolvemos em Curitiba cujo título é: “Análise da Implantação do Acompanhamento Farmacoterapêutico no Sistema Público de Saúde de Curitiba e Região”.

Como se trata de um relato de experiência, vou fazer uma breve descrição. Somos um grupo de farmacêuticos de Curitiba, participamos da elaboração da proposta de Consenso Brasileiro em Atenção Farmacêutica de 2001 e desde lá trabalhamos fortemente com atenção farmacêutica. Curitiba tinha, cinco anos atrás, uma ou duas farmácias que faziam acompanhamento farmacoterapêutico, não tinha nenhuma pós-graduação na área, os cursos de graduação em Farmácia não tinham disciplina de Atenção Farmacêutica implantada, e também não existia pesquisas de pós-graduação, mestrado ou doutorado nessa linha.

Nesses anos de trabalho conseguimos uma linha de pesquisa em Atenção Farmacêutica, nível Mestrado, na Faculdade de Ciências Farmacêuticas da UFPR. Temos também dois cursos de especialização em Curitiba, na Pontifícia Universidade Católica (PUC) e na UFPR, e conseguimos que todos os farmacêuticos desse grupo fizessem acompanhamento farmacoterapêutico e tivessem uma boa penetração nas universidades, particularmente na UFPR, onde fomos recebidos pelo professor Pontarolo, chefe do departamento, com todo apoio. Recebemos apoio também na PUC e no Unicemp.

Atualmente, atuo na Farmácia-Escola do Unicemp, onde temos aproximadamente 150 a 160 pacientes em acompanhamento. Fui responsável pela organização dessa Farmácia-Escola e também da PUC, e esse trabalho que vou apresentar é uma monografia de uma aluna, Deise Sueli de Pietro Caputo, que é farmacêutica e trabalha na parte de aquisição do consórcio de medicamentos do Estado do Paraná. Ela desenvolveu um trabalho de implantação da atenção farmacêutica nas unidades de saúde e os nossos “objetos de estudos” foram os farmacêuticos dessa rede.

O objetivo do trabalho foi avaliar os resultados da implantação da atenção farmacêutica nesse serviço público, e o impacto disso sobre conhecimento, atitudes e satisfação dos farmacêuticos. O desenho do estudo foi o seguinte: os farmacêuticos tinham que fazer o acompanhamento farmacoterapêutico, durante seis meses, de quantos pacientes pudessem. No início do estudo aplicamos um questionário, desenvolvido para a pesquisa, avaliando conhecimentos e alguns aspectos de percepção e atitudes desses farmacêuticos com relação a sua prática e satisfação. Fizemos a capacitação desses farmacêuticos com um programa de treinamento muito curto, 12 horas em um final de semana, trabalhando com método Dáder de acompanhamento e aplicamos esse questionário antes do treinamento. Essa capacitação foi muito curta e seguida de reuniões de discussão de caso clínico ao longo dos seis meses. Nossa perspectiva era: será que o farmacêutico consegue fazer o acompanhamento dando as ferramentas e deixando-o atuar sozinho? Passado o período de acompanhamento, aplicamos novamente o questionário desenvolvido para que pudéssemos comparar os dois momentos – antes e depois.

Participaram 17 farmacêuticos, sendo que ao final do estudo permaneceram 15. Os dois farmacêuticos que se perderam pelo caminho eram da Prefeitura de Curitiba e do município de Araucária, que é uma cidade satélite da região metropolitana de Curitiba. Entre os que permaneceram, dez trabalhavam em distritos sanitários, e não eram propriamente responsáveis pela dispensação, mas para poder participar desse estudo saíram dos seus locais e foram atender pacientes; três eram de unidades de saúde e dois de equipes do Programa Saúde da Família. Eles conseguiram atender 70 pacientes nesse período, sendo 70% mulheres, com média de idade de 58 anos. O número de atendimentos realizados foram exatamente 160, com uma média de 2,3 atendimentos por paciente. Não estabelecemos critério de seleção, trabalhamos com quaisquer pacientes, mas, obviamente, acabaram aparecendo mais pacientes hipertensos e diabéticos.

A maior parte dos PRM identificados foi de efetividade (67,6%), até porque esses farmacêuticos não tinham muito contato com os resultados de saúde desses pa-

cientes – alguns não trabalhavam na dispensação e os outros se preocupavam muito com orientação e modo de usar, mas não tinham realmente contato com os resultados da farmacoterapia. Vale lembrar que eles tinham acesso aos prontuários e às informações, mas não estavam habituados a avaliar e quando o fizeram, fatalmente, o que mais apareceu foi problema de efetividade. Depois nós vamos falar das causas, mas boa parte desses problemas de efetividade está relacionado à falta de adesão. Surgiram também problemas de necessidade (14,1%) com pacientes hipertensos não tratados por terem abandonado o tratamento ou não serem conhecidos pelo sistema, e ainda alguns problemas de segurança, em torno de 18%. A causa mais comum de PRM foi a não adesão (38%) refletindo em problemas de efetividade ou abandono do tratamento. Para esses pacientes, maioria hipertenso e diabético, a adesão depende muito da atuação do farmacêutico. É importante dizer que quase 60% dos problemas foram relacionados a outras coisas que não adesão ao tratamento.

O que esses farmacêuticos fizeram para poder resolver esses problemas? Como estavam dentro de uma unidade de saúde, o acesso ao médico era muito fácil, então na maioria das vezes se comunicavam verbalmente com o médico ou com o paciente para conseguir executar as alterações que julgassem necessárias para resolver os PRM identificados, como o aumento de uma dose, início de um tratamento, alteração de um esquema qualquer (adição ou retirada de um medicamento), seja para facilitar a adesão, seja para corrigir, por exemplo, a quantidade de fármaco para conseguir obter um efeito melhor, então, os principais tipos de intervenção foram a comunicação verbal com o médico ou com o paciente. Alguns farmacêuticos ainda experimentaram envio de informe escrito ao médico, mas isso foi minoria pelas circunstâncias do trabalho.

Obtivemos um bom resultado em termos de resolução de problemas ou melhora significativa, com 73% de resolutividade. Esses farmacêuticos tiveram muitas dificuldades, as discussões de casos clínicos foram desgastantes, tínhamos que nos deslocar e foram mais ou menos cinco ou seis discussões de caso clínico feitas em Curitiba e Araucária – são 20 e poucos quilômetros para se deslocar; dificuldades em lidar com documentação, comunicação, falta de conhecimento sobre farmacoterapia e como cuidar da questão da adesão terapêutica em pacientes crônicos que é muito difícil, ainda assim as intervenções foram bem aceitas e nós conseguimos um bom resultado.

No questionário aplicado usamos uma Escala Likert de frequência e fizemos uma série de perguntas que para nós seriam significativas do ponto de vista de percepção da prática e atitude desse farmacêutico, por exemplo: Com que frequência você se sente responsável pelos bons ou maus resultados do uso de medicamentos para seus pacientes? Para cada tipo de resposta – nunca, quase nunca, às vezes, quase sempre ou sempre – é atribuído um valor e é calculada a média de respostas desses profissionais. Com essa média e o desvio-padrão, conseguimos saber qual é a situação desses farmacêuticos.

Comparando antes e depois, as perguntas que sofreram alteração significativa ( $p \leq 0,05$ ) foram: com que frequência você toma atitudes para resolver problemas refe-

rentes a medicamentos identificados em um paciente? As respostas obtidas saíram da média de 3,83 para 4,42, uma área mais próxima do quase sempre. Em casos como acima procura saber como foi o resultado dessa ação? Estávamos muito preocupados com a avaliação dos resultados, pois o farmacêutico sempre foi muito focado no processo e muito pouco preocupado com os resultados, esquecendo dos desfechos clínicos. Então parece que eles se sensibilizaram com isso, uma vez que a média de 3,25 foi para 4,42. Com que frequência você se sente seguro para discutir com o médico algo sobre o uso de medicamentos de um paciente? Também teve um aumento significativo de às vezes (3,0) para quase sempre (3,5) se sentirem mais seguros.

Com relação à satisfação foram feitas três perguntas relativas à: qualidade da sua relação com os pacientes que atende? Papel desempenhado por você na equipe de profissionais que atende seus clientes, usuários, pacientes, consumidores ou seus cidadãos? A sua carreira profissional de um modo geral? As repostas poderiam ser muito satisfeito, satisfeito, nem satisfeito nem insatisfeito, insatisfeito ou muito insatisfeito, sendo que quanto menor a pontuação maior a satisfação do profissional. Esses farmacêuticos estavam muito insatisfeitos e o aspecto que mais mostrou melhora foi sobre a qualidade da relação deles com os pacientes.

Os farmacêuticos conseguiram fazer o acompanhamento dos pacientes apesar das adversidades e dos problemas estruturais. O farmacêutico está presente em 95% das farmácias de Curitiba, mas nas Unidades de Saúde varia muito de município para município. Trabalhamos com municípios muito diferentes, Curitiba eu posso dizer que é um desastre, porque tem poucos farmacêuticos nas unidades, no entanto Araucária é fantástico. Esses profissionais, apesar das adversidades fizeram, participaram e se engajaram, apesar de uma formação muito curta e, claro, uma formação continuada porque nós tivemos reuniões de casos clínicos. Eles conseguiram sair do lugar onde estavam e dar talvez um passo a frente, no entanto, ficou evidente a necessidade de uma formação clínica mais sólida em farmacoterapia.

A partir dos resultados, vejo duas grandes conquistas que nasceram desse pequeno trabalho de monografia de uma especialização, pois conseguimos junto à Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, o custeio de um Curso de Pós-Graduação na PUC para todos esses farmacêuticos, e foi muito interessante porque isso aconteceu naturalmente. Há duas semanas quando estive na PUC, dando aula na pós-graduação estavam todos os farmacêuticos lá, 10 ou 12, fazendo o curso com tudo pago. Hoje, por exemplo, Araucária que tem farmacêuticos no PSF, está vivendo um drama porque a Secretaria está cobrando deles resultados. Isso ocorre principalmente porque os farmacêuticos que estão nas unidades de saúde trabalham fortemente na dispensação e a Secretaria entendeu que isso é necessário e suficiente. Agora, no PSF tem que fazer algo mais, porque eles ganham mais no PSF do que os profissionais das unidades básicas.

Diante disso, fomos à Araucária e sugerimos que o município fizesse parte de um estudo multicêntrico coordenado pelo professor Mauro Castro, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) sobre avaliação do impacto de modelos de atenção



farmacêutica, notadamente dispensação, orientação e acompanhamento farmacoterapêutico, sobre resultados do controle pressão arterial e adesão. Conseguimos o apoio e hoje os farmacêuticos de Curitiba estão fazendo pós-graduação e os de Araucária, do PSF, estão entrando nesse projeto de hipertensão que está começando.

Fica como um relato de experiência. As dificuldades são enormes, uma vez que deve haver mudanças estruturais, mas com um pouco de esforço você consegue mudar algumas coisas e conquistar espaço. Por isso, temos que aproveitar os momentos políticos. Obrigado pela atenção.

### **Coordenador – Nelson Silva**

Chamo agora Mariana Linhares Pereira que é farmacêutica da Farmácia Universitária da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e mestre em Ciências Farmacêuticas pela mesma Universidade.

### **Palestra – Mariana Linhares Pereira**

Bom dia a todos. Nós estamos aqui quebrando o protocolo. Além de representar o Brasil, eu estou representando as mulheres do Brasil. Nós invertemos a ordem do cavalheirismo e deixei os meninos falarem primeiro.

O trabalho que eu vou apresentar é parte do resultado da minha dissertação de mestrado que desenvolvi com duas orientadoras, a professora Djenane Ramalho de Oliveira e a professora Marcella Guimarães Assis Tirado. Fizemos um estudo de todo o processo do farmacêutico que se engaja na atenção farmacêutica. Enquanto os meninos apresentaram os resultados, eu vou falar um pouco de como esse profissional se sente durante esse processo.

Para introduzir a atenção farmacêutica, que eu vou me referir como Atenfar, a definição mais recente é de 1998, que seria a prática na qual o farmacêutico se responsabiliza pelas necessidades do paciente relacionadas aos medicamentos e responde por esse compromisso. Essa prática como todo mundo sabe vem ganhando o centro das discussões políticas e profissionais, nas universidades do Brasil. No entanto, essas discussões estão acontecendo em diferentes vertentes e o que vemos é o desenvolvimento de muitas ações desarticuladas. O que aconteceu? Falar de atenção farmacêutica está na moda. Nós até já escutamos aqui que muitas vezes esse termo atenção farmacêutica vem sendo usado erroneamente para denominar qualquer tipo de ação que se faz dentro de uma farmácia.

Existe uma discussão a respeito da atenção farmacêutica se seria uma nova profissão ou uma nova prática dentro da profissão farmacêutica, então é importante discutir e conhecer essa prática para que possamos voltar até sua concepção que pretende propor para os profissionais farmacêuticos uma filosofia, um método, um processo de trabalho e uma forma de gerir o nosso serviço.

No Brasil, a farmácia está caracterizada como estabelecimento comercial e o medicamento é visto na maioria das vezes como um produto que está desvinculado do processo de atenção à saúde, sendo que o farmacêutico muitas vezes está envolvido tanto com as questões administrativas que não tem tempo de cuidar do seu paciente. Estou contextualizando um pouco para pensarmos o seguinte: se a atenção farmacêutica diz que precisamos assumir a responsabilidade pelo uso de medicamentos, estar afastado do paciente significa que nós estamos muito distantes de conseguir atingir esse objetivo. Então, como pretendemos desenvolver a atenção farmacêutica nesse cenário que o Brasil apresenta atualmente? Como afirma a professora Djenane o ser o humano é o foco do nosso trabalho na atenção farmacêutica, então isso vai alterar completamente a nossa maneira, tanto de ser como de agir enquanto profissionais.

Nesse contexto, o objetivo desse trabalho foi entender como um profissional se sente ao entrar em contato com a atenção farmacêutica. Pretendemos descrever e compreender todo o processo de implantação de um serviço de atenção farmacêutica e buscar ouvir o farmacêutico para saber que tipo de mudanças e habilidades essa prática está exigindo desse profissional. Mais uma vez eu vou fazer diferente. Utilizei para a realização deste trabalho a metodologia qualitativa, para que consigamos entender o que significa uma experiência. É impossível colocar isso em números, então utilizamos a metodologia qualitativa. Os métodos utilizados foram a observação participante e as entrevistas realizadas com cinco farmacêuticos envolvidos com a implantação do serviço de atenção farmacêutica na Farmácia Universitária da UFMG. As técnicas de pesquisa utilizadas foram: o diário de campo e a reflexão. O primeiro passo para implantarmos o nosso serviço foi discutir o projeto com a gerência da farmácia e, posteriormente, os farmacêuticos envolvidos foram consultados sobre a possibilidade de participarem desse processo e começamos o trabalho de campo.

Os resultados encontrados nesse trabalho estão divididos em duas partes, a primeira parte é denominada “da teoria à prática, uma experiência em atenção farmacêutica” e nela está descrito todo o processo de implantação do serviço de atenção farmacêutica. O processo teve início em setembro de 2003 e foi concluído em julho de 2004. O primeiro passo foi buscar na literatura informações sobre esse tipo de serviço e sobre a filosofia da prática, pois tínhamos que entender o que era atenção farmacêutica. Partimos de modelos de documentação e das bases filosóficas utilizadas pelo *The Peters Institute of Pharmaceutical Care*, seguimos também as diretrizes propostas pelo *ASHP Guideline* de 1996, e unindo toda a nossa coragem e vontade de cuidar dos pacientes, começamos os atendimentos em outubro. Nesse momento posso dizer para vocês que sentíamos receio, angústia e insegurança misturados àquela expectativa: – Nós queremos cuidar das pessoas?

Ao entrar em contato com a prática da atenção farmacêutica começamos a perceber que aqueles conhecimentos de farmacologia, que a nossa formação acadêmica proporciona, não são suficientes nem para 10% do que precisamos quando estamos cara a cara com o paciente. Então, entendemos o seguinte: que todo aquele embasamen-

to teórico que tínhamos, definitivamente, não era suficiente para incorporarmos uma filosofia de prática que era completamente diferente do nosso dia a dia. Diante disso, o que precisaríamos fazer seria praticar, pois teríamos que vivenciar aquilo para realmente conseguir entender o que aquela teoria significava.

Outro fato importante é que oferecer atenção farmacêutica também inclui ações de divulgação e propaganda do nosso serviço, porque não adiantava nós querermos praticar se não tivéssemos pacientes que estivessem dispostos a serem cuidados por nós. Assim, na Farmácia Universitária a nossa colega Joseane criou um *slogan* para o serviço que reflete exatamente a ideia de prática centrada no paciente, então logo na entrada da nossa farmácia tem um espelho com a seguinte mensagem: “Chegou o momento de você ser o centro da nossa atenção”. Ao chegar à farmácia a pessoa vê a própria imagem refletida e o que nós queremos dizer para ela é: “aqui é você que interessa, é você que importa”. Para ajudar na divulgação fizemos também um *fôlder* que traz o *slogan* na capa e que conta um pouco o que seria aquele nosso serviço.

Outra questão que lidamos durante a prática da atenção farmacêutica e que não temos costume, no dia a dia, é documentar. Nossos farmacêuticos disseram o seguinte: “Essa parte é a mais chata do processo de cuidar do paciente, porque ela é muito monótona e você tem que repetir as mesmas informações várias vezes, só que mesmo considerando chata, nós percebemos que se não documentar não tem como provar o que fez”. Estamos em um momento de mostrar o que temos feito e, principalmente, de convencer as pessoas que essa prática tem um impacto positivo, como vocês viram nas apresentações anteriores, e se não fossem os registros nós não teríamos como fazer essa avaliação. Então a documentação a princípio é uma barreira porque a encaramos com muita dificuldade, mas pouco tempo depois percebemos a sua importância.

Em janeiro de 2004, o nosso serviço começou a crescer e passamos a pensar em como iríamos gerí-lo. Todo o tipo de problema de estruturação começou a aparecer e percebemos que existia a necessidade de nos organizarmos para que o serviço passasse realmente a configurar como uma prestação de serviço pela farmácia, então foi aí que surgiu a ideia de montarmos uma clínica que chamamos de Clínica de Atenção Farmacêutica, atualmente Cliaf. Todas as iniciativas de organização dessa clínica passaram primeiro pela aprovação da gerência da farmácia e depois entre os farmacêuticos que estavam envolvidos no processo de implantação. Distribuímos tarefas para que pudessemos elaborar os procedimentos e para a organização desse serviço. O fruto dessa organização para elaboração dos procedimentos operacionais resultou em um livro chamado “Atenção Farmacêutica, Implantação Passo a Passo”, onde contamos um pouco da nossa história e traz também algumas dicas para as pessoas que pretendem enveredar pelos caminhos da atenção farmacêutica. Hoje, temos cadastrado cerca de 180 pacientes na Cliaf, que conta com a supervisão de uma professora, uma farmacêutica, quatro farmacêuticos bolsistas e dez estudantes, que são estagiários e estão vinculados a uma disciplina da Faculdade de Farmácia da UFMG. Todas essas pessoas estão envolvidas tanto no atendimento dos pacientes quanto na organização do serviço.

A segunda parte dos resultados é denominada: “Vivendo a Atenção Farmacêutica”, onde estão descritas as percepções desses profissionais que vivenciaram o processo de estruturação e implantação do serviço. As entrevistas foram realizadas bem no início do processo de implantação do serviço, então conseguimos conhecer o momento de mudança desses farmacêuticos, um deles inclusive afirma o seguinte: – “As minhas opiniões sobre Atenção mudam o tempo todo”. A ideia de mudança, descoberta e a transformação ficaram muito claras durante todo o nosso trabalho de campo, e isso fez com que eu classificasse os resultados desse trabalho em passado, presente e futuro.

Na categoria do passado procuramos entender porque esses profissionais estavam buscando a atenção farmacêutica, e assim como o Cassiano percebeu, os farmacêuticos estavam também muito insatisfeitos. Quando eu perguntei: “Por que fazer Atenção Farmacêutica?” Eles responderam: – “...eu via aquele profissional formando, ficando atrás do balcão, praticamente igual a um balconista... a gente só entregava medicamento... eu não precisava fazer um curso de quatro anos para fazer isso”. Então perguntei: “O que você está buscando com essa prática?” – “...na atenção farmacêutica, a gente está prestando um serviço útil... eu verifico que tenho uma função, a gente vê o papel do Farmacêutico...eu tenho obrigações, tenho responsabilidade por uma pessoa eu me sinto comprometido...” .

A filosofia da Atenção Farmacêutica começou com a premissa de que uma prática profissional só existe se ela atende a sociedade de uma maneira única e exclusiva, no entanto, o farmacêutico não se sente essencial no cuidado de saúde ao paciente, por isso busca na Atenção Farmacêutica ter essa contribuição que mostre a sua capacidade de atuar de uma maneira especial. Ele quer ser útil, ter reconhecimento social, ou seja, a partir do momento em que busca atender uma necessidade espera um reconhecimento dessas pessoas. O farmacêutico está querendo prestar um serviço útil.

Outro questionamento que fiz a esses farmacêuticos foi o seguinte: – “Como vocês viam a atenção farmacêutica antes de começar a praticar?” Eles responderam que já tinham feito cursos, palestras, seminários e lido muita coisa a respeito da atenção farmacêutica e que normalmente eles pensavam assim: – “Eu acho que isso tudo é muito bonito, mas eu não sei como trazer isso para a minha realidade”. Essa visão de que a atenção farmacêutica é uma coisa bonita, mas é uma utopia faz com que o farmacêutico acredite da seguinte forma: – “...antes eu via como uma coisa completamente utópica... uma viagem, uma coisa bem filosófica mesmo, um negócio de ouvir, eu não sei bem, uma coisa meio fora do planeta”. Eles pensavam assim porque na verdade nós falamos muito de atenção farmacêutica no Brasil, mas as experiências infelizmente ainda são poucas. Falar de uma prática da qual você não conhece, realmente pode parecer que aquilo é distante da sua realidade e que você não vai conseguir atingir, pois a maioria das coisas que lemos traz vivência de atenção farmacêutica de realidades completamente diferentes da nossa. Outro ponto importante é que a formação do nosso profissional é direcionada para o medicamento, tem o foco no produto, então mudar esse foco é realmente uma mudança, é uma revolução pessoal.

Na categoria do presente vemos “a verdadeira descoberta da atenção farmacêutica”, pois percebemos como essa prática começou a afetar cada um daqueles profissionais que estavam envolvidos. Para essa categoria eu poderia dizer que só uma palavra resume tudo, que é o termo mudança, porque estava tudo mudando, a forma de pensar a farmácia, a forma de agir do farmacêutico e a forma inclusive de ser profissional.

Quando Doutor Cipolle e a doutora Strand definiram atenção farmacêutica, em 1990, eles afirmaram que: “assumir as responsabilidades necessárias para a prática da atenção farmacêutica requer mudanças filosóficas, organizacionais e funcionais na prática farmacêutica”. Foi justamente isso que os nossos profissionais sentiram, pois em relação a essas mudanças um dos aspectos que foi abordado pelos nossos farmacêuticos foi a questão de assumir responsabilidades e principalmente aquelas que são geradas pela necessidade de cuidar de um outro ser humano. Vejam o que eles afirmam: “... Qualquer coisa que nós façamos, qualquer indicação que façamos temos que assumir, se a pessoa passar mal com aquilo a culpa é sua. Responsabilidade é isso, tudo que você falar com a pessoa vai ter uma consequência, e você tem que assumir a responsabilidade disso”.

Assumir a responsabilidade pela farmacoterapia gera bastante insegurança por parte dos profissionais, que chegam a se questionar para que trabalhar em algo que nem conhecem direito e ainda tudo que fizerem irá recair sobre sua responsabilidade. Todavia, após assumir essas responsabilidades e encarar os desafios, ele começa a ver o seguinte: – “Uma coisa parece que ficou clara para o paciente: que eu poderia ser a pessoa de referência para ele conversar sobre o medicamento”. Aquela primeira busca de ser útil para a sociedade começa a aparecer a partir do momento que ele decide uma coisa: – “Eu vou assumir a responsabilidade pelo cuidado dessa pessoa”.

O paciente é o centro do nosso processo de cuidado e o farmacêutico sente mais responsabilidade ainda: – “Já estou bastante consciente de que o centro das minhas atenções agora é o usuário de medicamento, o paciente, e não mais o medicamento, aí está a parte mais difícil, pois o foco mudou!...”. Isso envolve o novo compromisso e as mudanças filosóficas, organizacionais e comportamentais desse profissional, sendo assim é muito natural que ele se sinta ansioso ao lidar com uma pessoa e entender que a farmacoterapia desse paciente é sua responsabilidade. Daí surge a detecção das novas habilidades que o farmacêutico precisa desenvolver, entre elas a que foi mais destacada foi a questão do ouvir: – “Eu vi o quanto é importante ouvir a pessoa, ouvir realmente, não é ouvir como ouvimos no balcão, rapidamente ... é você entender o universo da pessoa e como é que ela representa o medicamento e dentro dessa representação tentar fazer alguma coisa”. As habilidades interpessoais que são tão pouco abordadas na nossa formação essencialmente tecnicista começam a aflorar logo nos primeiros encontros com os pacientes.

Após começar a atender esses pacientes o farmacêutico se sente satisfeito com a sua atuação profissional: – “Parece que ela já identificou em mim um profissional em quem ela pode confiar. Ela pede a minha a opinião para ver o que eu acho... Vem

querendo trocar ideias comigo... Eu acho que isso é uma espécie de reconhecimento pessoal e profissional também. É a satisfação com certeza! É muito importante isso, eu acho que reafirma ainda mais a vontade que eu tenho de continuar fazendo, de continuar exercendo a atenção farmacêutica”.

Por fim, o farmacêutico chega à conclusão que só conhece a atenção farmacêutica quem faz, pois falar é muito fácil, mas vivenciar aquilo é muito mais difícil do que pode parecer a princípio, então eles dizem o seguinte: – “Foi isso que eu percebi, existe um conhecimento mais sutil que é com a prática que se aprende realmente. A impressão que eu tenho é que a pessoa só conhece a atenção se ela fizer mesmo, porque é bem diferente do que eu pensava que fosse”.

Em relação à categoria do futuro eu vou apresentar só essa primeira subcategoria que é muito marcante, pois os nossos profissionais não passaram a trabalhar só com atenção farmacêutica, eles continuam nas suas atividades tradicionais. Isso não significa que a incorporação da filosofia da prática não mudou a maneira deles serem profissionais, muito pelo contrário, o farmacêutico redescobre as atividades dentro da farmácia e percebe que tem um papel além daquele de ser entregador de medicamentos: – “Nós passamos a ver o paciente de uma forma diferente, então não tem como você ver tudo isso e continuar com uma atitude antiga. Você vai mudar ou então você não vai gostar e vai parar de fazer isso. Mas eu preferir mudar, ver diferente, ver a pessoa, ver o paciente com um outro olhar. Enxergar que é uma pessoa que vai tomar o medicamento e não só que ele vai lá, vai ligar no receptor, fazer isso e isso e aquilo. A proposta então, é de juntar o conhecimento técnico com uma visão mais humana do paciente, é olhar como o medicamento age nesse paciente, exatamente, que está na minha frente”.

Para concluir, eu só gostaria de fazer algumas considerações. Como falei que a atenção farmacêutica foi toda concebida e vem sendo desenvolvida em outros países, e nós brasileiros somos muito novos ainda na prática da atenção farmacêutica, ao terminar esse trabalho podemos perceber que independente do cenário de prática que eu trabalhe, do tipo de paciente que eu atenda ou do tipo de medicamento que ele usa, o mesmo tipo de processo de cuidado será usado. Os meus objetivos são os mesmos, e essa filosofia do processo de cuidado pode ser aplicada aqui também, então temos a universalidade da prática da atenção farmacêutica, pelo menos em termos da nossa realidade.

Fico muito feliz em saber que utilizando uma filosofia, um processo e uma proposta de gestão que já existe, nós conseguimos aplicar atenção farmacêutica e hoje isso é muito mais fácil para nós do que quando as pessoas começaram. Isso acontece porque os recursos que precisamos já estão disponíveis, mas não significa que vamos pegar uma receita e fazer o bolo, precisa realmente de uma revolução interna, uma mudança pessoal, profissional, e principalmente de querer fazer, pois não adianta ter tudo isso na mão, se cada um de nós aqui não estiver disposto a dar o primeiro passo para provocar essa mudança tão revolucionária que nós precisamos. Obrigada.

## **Coordenador – Nelson Silva**

Agora abriremos para perguntas e convido então os apresentadores para virem fazer parte da mesa.

### **Participante H**

A pergunta é para o André. Confesso que eu fiquei um pouco assustado, quando você fala em diagnóstico farmacêutico, do farmacêutico diagnosticar hipertensão. Então, eu gostaria que você explicasse melhor o que você entende por diagnóstico farmacêutico em hipertensão e diabetes como você mencionou. Porque eu penso que é uma situação que coloca a prática de atenção farmacêutica em uma situação de confronto com outras profissões e, na minha opinião, é muito perigoso.

### **André Santos da Silva**

Talvez essa palavra diagnóstico não esteja bem colocada para o farmacêutico, e sim para o profissional médico, fisioterapeuta, nutricionista ou outros profissionais. Que fique bem claro que farmacêutico, pelo menos a minha prática, não pode prescrever medicamentos, o diagnóstico do PRM é feito utilizando as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, uma vez que temos que conhecê-lo para podermos classificar se o medicamento está sendo efetivo ou não. De acordo com a Diretriz Brasileira, Consenso de 2002, isso é igual também para a Europa, uma pressão não controlada é aquela pressão onde você encontra valores acima de 140 por 90 milímetros de mercúrio. O processo de cuidado tem que seguir um protocolo, pois você não pode aferir a pressão assim que encontra o paciente, sem antes conversar, saber se ele tomou o medicamento naquela hora, saber se ele se alimentou, saber como ela está. Às vezes o paciente chega à sua sala, não para receber informações de medicamentos, mas para desabafar porque um parente morreu. Nessa situação, eu não posso aferir a pressão de jeito nenhum, como é que eu vou aferir uma pressão nesse momento? Como é que eu posso saber como anda a efetividade dos medicamentos se o paciente não se encontra nas condições normais? Eu espero que eu tenha respondido.

### **Participante I**

Sou farmacêutica de uma unidade básica de saúde de Florianópolis, no papel de preceptora da Residência Multiprofissional da Saúde da Família e estou também Presidente do Sindicato dos Farmacêuticos de Santa Catarina. A minha pergunta vai especificamente para o Cassiano, de quem eu gostaria de saber se os farmacêuticos que trabalham na rede municipal de saúde na atenção primária, mais especificamente, nas unidades básicas de saúde, conseguem articular o seguimento farmacoterapêutico com as outras atividades que devem desenvolver na unidade básica de saúde. Pergunto isso, pois em Florianópolis, que é um município com 52 postos de saúde, só tinha farmacêutico em duas unidades básicas.

A partir da inserção do farmacêutico no serviço de atenção básica priorizamos a organização da farmácia, buscando fazer um bom gerenciamento e uma boa dispensação, que não é entrega de medicamento, de maneira que pudéssemos promover o acesso e o uso racional de medicamentos àquelas pessoas. À medida que a população foi reconhecendo a farmácia do posto de saúde como um local de orientação para o uso adequado de medicamento, fomos ampliando as nossas possibilidades para a questão do seguimento farmacoterapêutico.

Quando falamos de mudança de paradigma da profissão, não podemos esquecer de um processo maior que o Brasil passou, que foi a conquista da inclusão na nossa Constituição que “saúde é um direito de todos e um dever do Estado”. Por conseguinte, o Sistema Único de Saúde é o nosso guia, esse é o nosso eixo norteador, já que nós queremos implantar a atenção farmacêutica no SUS. Quando se fala de saúde, ela deve ser conquistada e exercida mediante políticas públicas não só do setor Saúde, mas de educação, reforma agrária, moradia e alimentação.

### **Cassiano Correr**

A questão do tempo é talvez a mais complexa, mas não porque falte tempo. É que ele não está organizado dentro da unidade para que esses farmacêuticos se envolvam na atenção farmacêutica. Eles estão envolvidos com outras coisas, então não tem saída, o espaço tem que ser lentamente conquistado... Também não pode esperar que caia do céu, tem que se conquistar esse espaço lentamente. Se quisermos que além da dispensação, o farmacêutico se envolva no acompanhamento dos resultados e nas intervenções que sejam pertinentes, teremos que reorganizar o trabalho. Os farmacêuticos se esforçaram muito para fazer o acompanhamento farmacoterápico, trabalharam em casa, fizeram isso no horário que devia estar fazendo dispensação, então não tem uma fórmula mágica, conquista o espaço, reorganiza o horário, reorganiza as funções, divide com outros técnicos as funções e realiza a atenção farmacêutica. Obrigado pela pergunta.

### **Participante J**

Tenho duas perguntas. Uma curiosidade metodológica para o Leonardo, como foi a taxa de recusa, pois se eu entendi bem você sorteou os pacientes aleatoriamente e os convidou por telefone... Porque uma coisa que pode ter acontecido é que tenham aderido ou aceitado o serviço aqueles pacientes mais graves e isso talvez explique o seu resultado na qualidade de vida, ou seja, os pacientes que entraram já eram os pacientes com pior quadro. A outra pergunta é para a Mariana, pensando no sentido prático da implantação, talvez no Brasil nós tenhamos alguns problemas diferentes em relação às experiências internacionais que foram apresentadas, a questão do acesso e da provisão. Estamos falando da atenção farmacêutica no ambiente público, que pode perfeitamente acontecer no momento da dispensação, uma vez que não há cobrança pelos medicamentos. Logo, não há conflito de interesse comercial nesse sentido, mas tem o desafio do acesso, então como é que é fazer a atenção farmacêutica se você deveria estar forne-



cendo medicamento que muitas vezes falta? Uma outra questão é como foi a aceitação dos outros profissionais? Nós estamos em um momento de discussão do Ato Médico, de uma briga pelos espaços profissionais, então como é que as outras categorias, principalmente médicos e farmacêuticos veem esse tipo de intervenção que inevitavelmente muitas vezes leva à crítica da prescrição. Outra coisa que uma profissional aqui ligada à farmacovigilância me pediu para perguntar, uma vez que muitos PRM estão ligados a eventos adversos, como está sendo a notificação, se isso tem sido notificado regularmente para a Anvisa ou para a Visa estadual?

### **Leonardo César Tavares**

Não houve recusa, todos os pacientes que receberam o telefonema aceitaram de bom grado e, principalmente, por aquilo que eu disse, o comparecimento dele na farmácia no dia seguinte o estaria isentando da fila, daquela espera de duas horas, então isso já foi um ponto superpositivo para o trabalho que independente do que viesse ele estava ali disposto, porque eu já ia tirá-lo da fila.

### **Mariana Linhares Pereira**

Sobre o acesso ao medicamento, realmente isso é uma questão que nós temos discutido. A minha experiência, especificamente, não foi no SUS. Muitos dos pacientes que atendemos são usuários do SUS, e não necessariamente adquirem os medicamentos na nossa farmácia, mas realmente havia dificuldade não só de acesso ao medicamento, mas, às vezes, da própria consulta médica e dos exames que precisávamos para avaliar a efetividade e segurança da farmacoterapia. Eu não me sinto preparada para responder como que nós resolveríamos isso, na minha opinião é um tema inclusive muito importante para ser trabalhado nas oficinas, porque ele vai muito além da questão da atenção farmacêutica. Entendo que a atenção farmacêutica seria o “top” de linha na prestação de serviços e no Brasil, às vezes, temos problemas anteriores que também precisam ser resolvidos. Não acredito que esses problemas inviabilizem a prática, mas dificultam.

Quanto à segunda questão sobre a aceitação dos outros profissionais, eu posso afirmar que a maior resistência que se encontra é dentro da nossa própria profissão. Às vezes, é muito mais difícil convencer os próprios farmacêuticos da necessidade da prática voltada para o paciente do que outros profissionais. Na minha forma de ver, o profissional que cuida do paciente só tem um objetivo, melhorar a qualidade de vida dele, e se este percebe que aquele farmacêutico que está surgindo tem como meta somar as intervenções para melhorar a qualidade de vida do paciente, então eles não oferecem resistência. É claro que depende da forma como você faz as suas intervenções, respeitando os limites, porque na medida em que você se envolve com a prática percebe que tem essa contribuição única, essa forma racional de pensar a farmacoterapia que nenhum outro profissional na equipe de saúde tem, então é muito difícil ter um profissional que seja resistente. Apesar disso, somos resistentes a algumas coisas, mas eu posso te afirmar com muita segurança que a aceitabilidade dos médicos tem sido muito positiva.

## **Leonardo César Tavares**

O que eu posso falar em relação à experiência do trabalho em si, é que não tivemos resistência de forma alguma em relação a essa atuação dos farmacêuticos. No meu trabalho não houve PRM tipo 4 e 6, que são aqueles que necessitariam de uma intervenção médica porque teria uma relação com a posologia. Isso fez com que nós não precisássemos muito da intervenção médica, embora em alguns casos tivesse havido a necessidade dessa intervenção, mas atualmente tenho trabalhado com uma equipe multidisciplinar no acompanhamento de pacientes em pesquisa clínica. Às vezes, nós farmacêuticos nos baseamos em livros de farmacologia, fisiologia, patologia, que são construídos em cima de resultados de estudos clínicos extremamente fechados, cheios de critérios de inclusão e exclusão, e que na prática clínica do dia a dia do médico isso não se aplica. Sendo assim, temos que ter muita cautela na hora de opinar, já vi alguns farmacêuticos defendendo ideias que estavam no DEF. Hoje, a minha experiência no Incor é com médicos que são referências de tratamento no mundo para Cardiologia. Eles são atualizados com o que saiu ontem na comunidade científica, então é importante para nós farmacêuticos ler artigos, trabalhos científicos e não estar presos àquela literatura que foi totalmente direcionada e é relativamente antiga. Se ontem saiu coisa sobre insuficiência cardíaca, hipertensão, diabetes, é nisso que nós temos que nos basear também para fazer a nossa farmácia baseada em evidência.

## **Cassiano Correr**

Sobre a questão do acesso, temos dois problemas. Um é a falta dele e o outro é quando o acesso está garantido à má utilização dos medicamentos. Não são poucos os casos de pacientes que morrem e aparece o familiar com um saco de medicamentos para devolver no posto, então garantir o acesso está longe de garantir a resolutividade do serviço. Assim, o que fazer primeiro? Garantir o acesso, o que talvez signifique colocar farmacêuticos mais envolvidos com o ciclo da assistência ou garantir a boa utilização, que significa melhorar a formação dos prescritores e colocar farmacêuticos que se envolvam com a terapêutica. Na verdade, eu não sei se é uma coisa depois da outra, penso que nós não temos como escolher, uma coisa é simultânea a outra. Quando o problema é acesso e vai ser contratado um farmacêutico é óbvio que esse indivíduo vai ter que se deslocar para a assistência. Quando o acesso está mais ou menos garantido com uma boa programação, então vamos colocar esse farmacêutico para trabalhar na terapêutica, no acesso junto aos outros profissionais. Então, essas duas coisas andam juntas.

Com relação aos médicos, não tivemos grandes problemas, muito embora existam diferentes tipos de profissionais. O que posso dizer tranquilamente é que conseguimos naquele trabalho 85% de aceitação. Vou descrever um caso da Farmácia-Escola, a maior parte dos pacientes que recebemos hoje é encaminhada por médicos. Recentemente, tivemos um médico da unidade próxima à Farmácia-Escola que nos procurou porque quer que acompanhemos 150 hipertensos de alto risco da unidade. Para esse médico a Farmácia-Escola, que é uma instituição privada, pode complementar o serviço público, uma vez que na unidade não tem farmacêutico.

## **André Santos da Silva**

Na Farmácia-Escola, respondendo em relação às intervenções médicas, o contato farmacêutico-médico não é 100%. A maioria das intervenções é feita junto aos pacientes, é difícil conseguirmos um contato com o médico. As intervenções farmacêuticas educativas são feitas e, em 2006, começamos a colocar isso no papel e apresentando trabalhos, com todo aquele cuidado na palavra para que isso não choque, por isso que a comunicação é importantíssima entre o paciente e o farmacêutico e entre o farmacêutico e o médico. Lógico que há médicos que consideram excelente a atitude do farmacêutico e elogiam esse trabalho, mas há aqueles que desconfiam.

### **Participante K**

Gostaria de parabenizá-los pelos trabalhos o que nos pareceu, à primeira vista, bem estruturados. Na verdade eu não teria perguntas, seriam apenas algumas colocações do dever de casa que temos que fazer no MS, porque já financiamos cerca de 130 projetos, não só na área da assistência farmacêutica, e alguns erros são comuns de serem observados no próprio detalhamento do projeto. O que nós gostaríamos de ver em alguns projetos seria: tentar prever nele, isso estendo para os demais pesquisadores, informações sobre cursos antes e depois de ter terminado a intervenção para que se possa avaliar se realmente é eficiente o serviço; explicitar melhor a ética em pesquisa, o modo como você vai garantir os direitos dos sujeitos que estão participando da pesquisa; a questão da formação de recursos humanos, quantos alunos estão na graduação, perspectivas de mestrado, doutorado, etc., busca por interação com o gestor local ou estadual. Por exemplo, será que a minha pesquisa vai ser útil para o serviço de saúde? Minha pesquisa é aplicável ao posto de saúde, na unidade local, na secretaria, no gestor estadual? Além disso, observamos também nos projetos pouco detalhamento metodológico, o que compromete um pouco o financiamento dos mesmos. Preocupam-se mais com introdução e histórico e esquecem um pouco da metodologia; ambos os tópicos são importantes, mas a análise de um projeto, especificamente, é feita na metodologia, então tem que ter um melhor detalhamento (como faz o registro de dados? Como é feita a análise estatística? Quais são os resultados esperados com essa pesquisa?).

O MS, no ano passado e ainda nesse ano, financiou uma Rede Nacional de Pesquisa Clínica. São 19 unidades e um investimento de 32 milhões de reais, então é importante que aquelas instituições que desejam fazer pesquisa tenham a sua Unidade de Pesquisa Clínica no Hospital Universitário, que busquem interagir para ajudar no desenho da pesquisa ou até mesmo executar a pesquisa nas próprias instalações dessa unidade. A questão de interação com a participação de representações sociais, associações de portadores de hipertensão, associação de idosos, casa de idosos, ao consenso de informações sobre medicamentos, considerando que o acesso do farmacêutico às bases de dados, às fontes de informação, são bastante limitadas, suporte estatístico no desenho do projeto, para calcular, para saber quais são as áreas que poderão ser feitas; a questão do cálculo da amostra. Como a atenção farmacêutica é uma área nova, nós não

temos muita prática para avaliar esses projetos e isso fica um pouco obscuro quando estamos fazendo a análise; quais são os produtos esperados nesse projeto em relação a publicações, livros, cartilhas, propaganda em rádio e televisão; qual vai ser o impacto político e social; qual a interação que a sua pesquisa tem com a política atual de medicamentos; e também tentar avaliar nos projetos, tanto a percepção da pesquisa no campo profissional, entre os próprios pesquisadores, e a perspectiva da sociedade em relação à pesquisa. Seriam essas as considerações, e, o mais importante, muito cuidado na questão do detalhamento do orçamento, existem regras clássicas do próprio CNPq e se eles cortarem 30% dos recursos o projeto fica inviabilizado. Obrigado.

### **Coordenador – Nelson Silva**

Como foram considerações e não perguntas, nós vamos encerrar aqui. O Divaldo gostaria de dar uma palavra final para fazer o encerramento.

### **Divaldo Lyra Júnior**

Uma colocação que eu acredito ser importante, é que em momento algum quando o MS, o DAF se coloca como um gestor que vai oferecer mais um serviço, ele não quer negligenciar nenhum outro serviço. Por isso, há um plano para que se realize um Curso Nacional de Qualificação em Dispensação, porque entendemos que existirão ilhas onde será feita a atenção farmacêutica, mas a dispensação atende um número muito maior de pessoas. No entanto, o quanto esse farmacêutico do SUS está preparado para fazer dispensação? O quanto ele sabe de sinais e sintomas? O quanto ele sabe de orientação sobre o uso correto de medicamentos? Corporativamente, defendemos que o farmacêutico é o profissional adequado para orientar sobre o uso correto do medicamento. Será? Porque tenho certeza que na maioria das escolas do Brasil é ensinado Farmacotécnica, Farmacognosia, mecanismo de ação das drogas, mas não o melhor modo que a forma farmacêutica vai ser utilizada. Para as universidades e instituições que tiverem interesse, estamos abertos e muitas das instituições que estão aqui, foram convidadas por isso também. Não só as instituições do Governo Federal, mas as instituições profissionais, a Fenafar, o Conselho Federal de Farmácia, podemos trabalhar em conjunto porque temos essa obrigação com a população brasileira. Obrigado.

# APRESENTAÇÃO DAS PROPOSTAS DAS OFICINAS PARA IMPLANTAÇÃO DA ATENÇÃO FARMACÊUTICA NO SUS

## Fala inicial do Coordenador – Nelson Silva

Dando seguimento aos trabalhos, eu gostaria de informar aos grupos que vocês têm dez minutos para apresentar o consolidado do seu grupo. Obrigado.

## Representante do Grupo 1

Boa tarde. Os estados que estão sendo representados são: Amazonas, Goiás, Amapá, Distrito Federal e boa parte da região Centro-Oeste. As estratégias para a implantação da atenção farmacêutica no SUS tiveram uma variação nas regiões Norte e Centro-Oeste, dessa forma trabalhamos em linhas gerais que pudessem ser adaptadas para as duas regiões. O trabalho foi dividido em duas fases, sendo que a primeira se iniciaria com a capacitação do farmacêutico que tem vontade de trabalhar com a atenção farmacêutica. É importante começarmos com a inserção do farmacêutico na rotina do serviço de saúde, a partir da iniciativa de realizar a atenção farmacêutica.

A partir da vontade de realizar a atenção farmacêutica, o farmacêutico entraria em contato com o gestor, munido de um plano de trabalho, a fim de propor o serviço. Esse plano tem que ser realista e adaptado à situação da unidade de saúde em que ele trabalha. Também tem que ser embasado em evidências, pois os dados serão trabalhados com o gestor, ou seja, o plano deve deixar claro o objetivo do serviço, as evidências de que dá certo, os estados e países que já implantaram. Depois de convencer o gestor e com a sua autorização para a implantação da atenção farmacêutica, o segundo passo seria entrar em contato com a equipe de saúde da sua unidade, pois como está sendo implantado um serviço novo, ele não pode ser imposto, precisa entrar em acordo com os outros profissionais daquela unidade. O terceiro ponto seria negociar a maneira como seria realizado o atendimento, ou seja, se seria antes ou depois do atendimento de algum outro profissional.

No plano de trabalho também tem que estar previsto que as atividades de atenção farmacêutica serão realizadas juntamente com as outras atividades que o farmacêutico já executa na unidade. Isso é importante porque na nossa realidade o farmacêutico desempenha várias atividades diferentes na unidade, se ele disser que vai desenvolver atenção farmacêutica e que não vai mais fazer o controle de estoque tão estimado pelo diretor da unidade, ele não vai aceitar. Então, é preciso tirar um tempo do seu trabalho de rotina para, gradualmente, desenvolver a atenção farmacêutica.

O trabalho deveria ser iniciado com um grupo pequeno de pacientes, que seria escolhido também em comum acordo com a equipe de saúde. Com o início dos traba-

lhos os resultados obtidos seriam sistematizados e posteriormente apresentados para a equipe de saúde, para o gestor e também ao Conselho de Saúde para ganhar o apoio político necessário e fazer a conscientização.

Depois disso daria início à segunda fase de implantação. Uma vez mostrando resultados que a atenção farmacêutica funciona e que atende a objetivos específicos, o farmacêutico poderia viabilizar junto ao gestor os recursos para montar a estrutura física adequada, solicitar mais recursos humanos, equipamentos e mobiliários necessários, suporte bibliográfico e acesso à informação técnica. Tudo isso a partir dos resultados obtidos, porque ele teria um poder de barganha.

O nosso grupo também levantou algumas sugestões como uma Política Nacional de Capacitação em Atenção Farmacêutica; propor que o farmacêutico se insira nos Conselhos de Saúde em busca de uma melhor adesão política; inserir a assistência farmacêutica no organograma e no planejamento orçamentário dos municípios, que não é realidade em muitos municípios. Começar com a atenção farmacêutica sem ter um processo de assistência farmacêutica seria complicado; uniformizar a abreviatura do termo atenção farmacêutica; e definir em caráter de urgência os critérios para alocação de recursos destinados às ações de serviço de assistência farmacêutica, previsto na Portaria n ° 698/2006.

## **Representante do Grupo 2**

Boa tarde. Meu nome é Silmara, sou farmacêutica e representante do Departamento Médico da Câmara dos Deputados. O nosso grupo está composto por pessoas do Ministério da Saúde, Anvisa, Secretaria de Saúde do Distrito Federal e pela Presidente da Fenafar que é de uma UBS de São Paulo, a Maria Eugênia.

Nosso grupo fez um pouco diferente do primeiro, pois nós levantamos vários problemas de implantação da atenção farmacêutica e colocamos que deveríamos fazer inicialmente um diagnóstico da situação e identificar potenciais humanos que poderiam contribuir no processo de implantação. Também colocamos que deveríamos envolver os demais profissionais da unidade na construção do projeto e que a estratégia deveria ser institucional do município ou do estado, além do que precisaríamos ter uma política norteadora que englobasse o País todo. Seria necessário também avaliar os custos e escrever uma proposta de um plano de trabalho; normalizar o serviço; obter apoio logístico; motivar os farmacêuticos da unidade e os demais; garantir que as resoluções relacionadas à estrutura física e organização dos serviços de fato sejam implantadas; formar um grupo para fomentar as discussões e normalizações; direcionar um perfil também dos concursos para contratação de profissionais com essa capacitação.

Colocamos outras dificuldades como a pluralidade dos trabalhos exercidos pelo farmacêutico na unidade, apresentada também pelo grupo 1, como controlar estoque e dispensar medicamentos, além da atenção farmacêutica e que seria somada às outras atribuições; outra dificuldade levantada foi a falta de capacitação até mesmo para montar essa proposta de trabalho e que não daria para criar um modelo único para todo o País.

Respondendo a algumas questões que foram levantadas no caso prático, diríamos que é possível colocar isso em prática, desde que sejam observados os itens elencados acima. Para convencer a direção e a equipe teríamos que mostrar que esse tipo de trabalho melhoraria o atendimento do paciente em condição aguda e crônica, diminuiria o tempo de fila, organizaria a dispensação do medicamento e melhoraria a satisfação do usuário com o serviço. A detecção de PRM reduziria o retorno dos pacientes e diminuiria o consumo dos mesmos, o que aumentaria a eficácia do processo. Para tanto, poderíamos contar com o Conselho Gestor da Unidade, universidades, associações comunitárias, instituições de referência da prática, que já estejam fazendo atenção farmacêutica no País, e usuários do serviço. A população selecionada para participar do programa de atenção farmacêutica seria definida em conjunto com a equipe da UBS, porque assim comprometeria todo o grupo com a proposta.

O objetivo geral seria: contribuir com a melhoria das condições de saúde dos usuários de medicamentos por meio da implantação do serviço de atenção farmacêutica naquela unidade. Os objetivos específicos seriam: melhorar as condições de saúde dos usuários, que nesse caso nós definimos os diabéticos; otimizar os demais serviços de saúde oferecidos pela unidade e diminuir os riscos relacionados com a morbimortalidade de diabetes; avaliar a frequência dos PRM que estão ocorrendo nesse tipo de usuário; e avaliar se com a detecção dos PRM é possível diminuir os custos relacionados a farmacoterapia.

Montamos nossa metodologia para um projeto de implantação da atenção farmacêutica na Unidade Básica de Saúde de Belém do Pará, pois este foi o caso que nos foi colocado. Iríamos contextualizar os dados epidemiológicos nacionais e locais da enfermidade que nós trabalharíamos; justificar porque eleger o estudo daquele tipo de usuário, a importância do serviço, e também teríamos que inserir a atenção farmacêutica nesse serviço, citando outros locais do País com bons resultados.

O público-alvo: a partir do debate com a equipe, que nós já colocamos, e os critérios iniciais da inclusão seria a população com menor número de doenças associadas, o próprio paciente diabético, usuários com prontuário e serviços de atendimento mais organizados naquela UBS, e usuários que utilizariam medicamentos que fazem parte da relação de medicamentos essenciais do município. A nossa amostra teria no primeiro mês cinco pacientes, no terceiro 15, no sexto 30, e no décimo segundo mês 75 pacientes.

O plano de ação: buscaríamos a estrutura física que está aqui relacionada, sala, escrivaninha, papel, computador, internet e livros. Nosso planejamento de atendimento no primeiro dia seria a entrevista inicial e avaliação de necessidades terapêuticas, logo em seguida seria elaborado o plano de cuidado que define os objetivos terapêuticos e já propõe uma intervenção inicial. O plano de estudo número 1, e a avaliação do seguimento logo em seguida, define quais as orientações iniciais a serem passadas e quais os objetivos terapêuticos a serem atingidos. Nessa etapa será realizada uma entrevista complementar, mais adiante, para compor as informações que faltarem. Então, seria feito o segundo plano que é o plano final e a avaliação do seguimento, reavaliação das orienta-

ções e objetivos com a terceira entrevista, passando as orientações e depois continuando com o seguimento. Seriam cinco pacientes com cinco entrevistas iniciais e dez seguimentos, seriam 15 atendimentos por mês. No segundo mês seriam cinco entrevistas iniciais com mais 15 seguimentos, a seguir mais cinco, mais cinco e assim por diante.

Com relação à avaliação dos processos seriam os indicadores relacionados ao paciente e ao serviço. Ao paciente: avaliação dos riscos de morbimortalidade com verificação de níveis de HDL, colesterol, glicemia, hemoglobina glicada; número de intervenções e PRM detectados e a frequência dos objetivos terapêuticos alcançados. Relacionados ao serviço: número de intervenções feitas e aceitas por outros profissionais, custo do paciente para o serviço, e avaliação da satisfação do serviço pelo usuário por meio de questionário.

### **Representante do Grupo 3**

Sou relatora do grupo que teve como facilitadores o doutor Mauro Castro e a doutora Lúcia Noblat. No grupo tivemos representantes do Espírito Santo, Distrito Federal, São Paulo, Paraná, Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Goiás, Ceará, Bahia, Rio de Janeiro, Pará, Minas Gerais, CPNq, Anvisa, Racine e Conselho Federal de Farmácia.

Também recebemos a proposta de como desenvolver projeto de pesquisa e discutimos em termos das barreiras que seriam os pontos negativos e positivos, sistematizando todo o processo por meio das ideias que as pessoas foram colocando. A partir daí, definimos pontos relevantes referentes a: editais, universidade, serviço de saúde, relação entre universidade e os profissionais envolvidos nos serviços de saúde, formação e a capacitação dos recursos humanos envolvidos, tanto no serviço quanto na universidade, e a elaboração dos projetos de pesquisa, bem como os projetos de desenvolvimento e aprimoramento dos serviços. A partir daí, elaboramos aquilo que chamamos de nossas estratégias e que tentamos colocar em uma sequência.

A primeira estratégia ficou sendo a seguinte: por se tratar de uma área em consolidação, os possíveis editais a serem abertos deveriam atender tanto a doutores quanto a mestres, em função de haver poucos titulados doutores na área. Além disso, esses deveriam incentivar parcerias entre o serviço e a academia com prioridade de financiamento a projetos de aprimoramento e implantação que estejam sempre vinculados à pesquisa.

A segunda estratégia também está relacionada aos editais que devem primar pela transparência nos critérios de avaliação e, se possível, com a participação de profissionais específicos da área de assistência farmacêutica, no Comitê Avaliador.

A terceira estratégia seria que para a divulgação dos resultados das pesquisas na área de atenção farmacêutica deveríamos buscar o fortalecimento das revistas nacionais, com corpo editorial independente e, além disso, uma proposta de criação de um banco de dados com publicações relevantes da área. Aquelas que forem em outra língua, que sejam traduzidas para o português e que possam ser de acesso gratuito.



A quarta estratégia foi a valorização do impacto dos resultados do projeto de pesquisa no serviço como um dos principais indicadores da avaliação. O comprometimento do gestor em dar continuidade ao serviço implantado em uma unidade de saúde, decorrente de um projeto de pesquisa, quando esse apresentar benefícios aos usuários. Esse compromisso deve constar no corpo do projeto. Foi uma preocupação bastante grande do grupo a de que haja inserção dos pesquisadores no serviço e que isso seja definitivo, de modo que as pessoas que forem trabalhar no serviço realmente se mantenham lá.

A quinta estratégia é a realização de um Seminário Nacional de Pesquisa e de Pós-Graduação, uma vez que trabalhamos a questão dos projetos de pesquisa e formação de mestres e doutores. Seminário este em atenção farmacêutica e também áreas afins, envolvendo as instituições de ensino superior para diagnosticar a situação atual da área e suas potencialidades; promover fóruns de discussão, envolvendo docentes e grupos de pesquisa visando ao intercâmbio entre os projetos existentes, para propor projetos de natureza multicêntrica em que o resultado tenha impacto em nível nacional.

A sexta estratégia trata da criação e do gerenciamento de um banco de dados que disponibilize continuamente publicações e informações sobre órgãos de fomento nacional (CNPq, Capes, Fundações de Amparo à Pesquisa – FAPs) e internacionais, que podem financiar tanto projetos de pesquisa quanto de aprimoramento e desenvolvimento das atividades nos serviços de saúde.

Como estratégia de divulgação da atenção farmacêutica aos pesquisadores e trabalhadores do SUS, poderia intensificar a participação em eventos científicos de outras áreas e também o contrário, convidando pesquisadores e trabalhadores de outras áreas para participarem dos nossos eventos.

Identificar os programas de pós-graduação que existem no País e que permitam o desenvolvimento de pesquisa em assistência farmacêutica, além das dissertações e teses desenvolvidas na área. Isso porque existem muitas áreas que não são específicas da farmácia que abrigam orientadores de teses e dissertações em atenção farmacêutica. Aqui temos várias pessoas que desenvolveram sua pesquisa, por exemplo, na Medicina Social, e seria interessante identificar quais seriam esses programas para podermos estabelecer intercâmbios, conversar com eles e saber o que está sendo desenvolvido, por exemplo, na área de Sociologia. Solicitar à Capes a indexação da atenção farmacêutica ou de outros termos que sejam relacionados com a subárea da Farmácia para ficar mais fácil encontrar esses trabalhos.

Incentivar, estimular ou mesmo sugerir para os programas de pós-graduações o aumento do número de vagas para a área; a seleção de doutorandos com provas e projetos de pesquisa direcionados para a área. Existem, por exemplo, processos de seleção, na área farmacêutica, que são exclusivos, por exemplo, para a área básica ou de farmácia industrial, e isso dificulta a participação de algumas pessoas nos processos de seleção.

A última estratégia é criar uma parceria entre os MS, Educação, Ciência e Tecnologia, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, FAPs dos diversos estados, além das instituições de ensino e pesquisa, para a realização de oficinas, tanto para diagnóstico de formação e pesquisa em cada região, de maneira descentralizada, quanto para a elaboração de projetos de pesquisa em assistência farmacêutica.

### **Representante do Grupo 4**

Boa tarde, eu sou Pablo, da Universidade Federal do Ceará, e também da Secretaria de Saúde. Nosso grupo representou os estados nordestinos envolvidos com a prática. Chegamos, no momento de discussão, a muitos consensos, mas também a algumas discordâncias e tentamos, na relatoria, colocar isso de forma que as ideias fossem todas contempladas.

Primeiramente, em nome do grupo gostaria de parabenizar o MS, pois é um marco histórico importante e esperamos, esta é uma das propostas, que este processo tenha continuidade. De forma sumarizada vamos apresentar as propostas, embora tenha havido também muita dubiedade, discutiremos o posicionamento de cada uma delas.

Dividimos as propostas em quatro macro áreas e a primeira delas responde à pergunta sobre quais devem ser as estratégias para a implantação da atenção farmacêutica no SUS em âmbito institucional ou acadêmico. As propostas foram estas: Disponibilização, adequação organizacional e estrutural; capacitação contínua e qualificação dos profissionais para a execução dos projetos de atenção farmacêutica; padronização de princípios e elaboração de padrões; atualização do Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica; incentivo à discussão para harmonizar metodologias de trabalho e análise dos resultados; apresentação de uma proposta de atenção farmacêutica para gestores e equipes de saúde; revisão do processo de formação com uma graduação voltada para a prática clínica; oferta de disciplinas complementares na área específica de atenção farmacêutica, incluindo as questões sociais como a Antropologia, Filosofia, Comunicação, entre outras; convênio para estágios curriculares entre secretarias de saúde e universidades, instituições de ensino de referência nacional e internacional; promoção de cursos de especialização em atenção, tanto no ensino para pesquisa e serviço relativo ao SUS; desenvolvimento da prática da atenção farmacêutica nas diversas disciplinas de graduação e pós-graduação; promoção da pesquisa em serviço como parte da prática em atenção farmacêutica; incentivo à pesquisa em atenção farmacêutica nas pós-graduações em Ciências Farmacêuticas; facilitação dos meios de divulgação científica dos resultados destas pesquisas por meio da criação de revistas e banco de dados; criação de uma rede de discussão nacional entre os grupos que vêm desenvolvendo a atenção farmacêutica para discussão dos resultados e evolução da prática; um maior envolvimento dos professores das universidades no estudo e planejamento do serviço de atenção, para ampliar o maior número de pacientes no futuro; implantação das reformas curriculares, capacitando o corpo docente para aplicação efetiva da atenção.

No âmbito municipal seria a reestruturação física e organizacional; sensibilização do gestor, do farmacêutico e da equipe, por meio de reuniões, e também da divulgação de boletins sobre a morbimortalidade do uso de medicamentos como estratégia para impacto; capacitação dos profissionais envolvidos; busca de recursos e parcerias para apoio técnico; busca de financiamento da atenção farmacêutica pelos três níveis de gestão; definição de formas e mecanismos para que haja uma adesão dos estados e municípios; divulgação e envolvimento entre os atores do processo; formação de grupos profissionais para discussão, ou seja, por intermédio de sessões clínicas e estudos focados no processo de atenção farmacêutica, dentro da assistência farmacêutica; apresentação de projetos de atenção farmacêutica na Câmara de Vereadores, Conselho Municipal de Saúde e Conselhos Locais de Saúde, que são os conselhos de bairro, para que haja adesão da população; eleição no município de uma comissão de atenção farmacêutica com publicação no Diário Oficial; elaboração de planilhas de custos para implantação da atenção farmacêutica e solicitar a sua inclusão no plano plurianual de investimentos do município.

No eixo estadual, criar um Comitê Estadual de Atenção Farmacêutica; promover a sensibilização dos gestores, prestadores de serviço, profissionais de saúde e sociedade sobre a importância da atenção farmacêutica no SUS, para isso também pode ser levado em consideração os indicadores de morbimortalidade com medicamento; elaboração de projetos de implantação do serviço; capacitação estratégica na área de atenção farmacêutica para os farmacêuticos e trabalhadores de saúde por meio de oficinas; demonstração do impacto econômico da atenção farmacêutica; seleção de farmacêuticos que tenham perfil específico para a prática; estabelecimento de normas, procedimentos operacionais e rotinas para implantação da atenção; inserção do farmacêutico para ações junto à equipe multidisciplinar das unidades de saúde; organização do processo metodológico; firmar parcerias com instituições como os Centros de Informação de Medicamentos e as universidades para viabilizar a busca de informações científicas; definir estratégias de divulgação para a atenção farmacêutica no âmbito estadual, esse foi um tema bastante polêmico e conseguimos colocar dois destaques de forma sumarizada após longas discussões. Primeiro, realizar uma assembleia com secretários de saúde dos municípios e detectar aqueles que apresentem condições técnicas de curto, médio e longo prazo para implantação. Outro destaque foi a pactuação de incentivos na Sibi e tripartite de formas de financiamento para a implantação da atenção farmacêutica. Outra questão foi a parceria com instituições de ensino para viabilizar a capacitação por meio de cursos de extensão, principalmente daqueles já formados, especialização e estágios.

Em nível nacional as propostas seriam de apoiar os estados e a cooperação técnica entre as secretarias de saúde no processo da implantação da atenção com recursos e consultorias; sensibilizar os gestores para a atenção farmacêutica por meio do Conass e do Conasems; criar um programa nacional de incentivo e fomento à atenção farmacêutica nos níveis de implantação de prática, capacitação e programa de melhoria de serviço; supervisionar de forma intensiva os projetos; organização pelo MS de cursos de pós-graduação, não só especialização, mas também mestrado e doutorado; viabilizar

a participação de consultores nas oficinas estaduais; dar continuidade a este Seminário para troca de experiências e avaliação dos resultados nas diversas regiões e nos diferentes níveis de atuação; financiar projetos de pesquisas pelo Ministério da Saúde e órgãos fomentadores; viabilizar a implantação efetiva em nível nacional do procedimento da atenção farmacêutica no SUS; que a proposta deste seminário subsidie a organização do serviço no componente 4 do pacto de gestão para financiamento da estrutura física e equipamento do serviço farmacêutico nas unidades de saúde; estabelecer critérios para classificar serviços de referências em atenção farmacêutica nos estados e municípios, e depois credenciá-los; inserir de forma evidente e efetiva o farmacêutico na equipe funcional do PSF, ou seja, na equipe que vai fazer a visita domiciliar desenvolvendo o seguimento farmacoterapêutico.

Os atores envolvidos para a implantação dessa estratégia são os gestores nos três níveis, tendo também um destaque para as questões institucionais e academia, o Conselho de Saúde, as entidades financiadoras de pesquisa, as entidades profissionais, os membros da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), os farmacêuticos do serviço, ou seja, os coordenadores e técnicos, o corpo docente das entidades de ensino e a equipe interdisciplinar de saúde.

Os recursos necessários de forma sumarizada seriam: a literatura especializada, o suporte informatizado, a estrutura física, os recursos humanos capacitados e, principalmente, motivados e estimulados para a prática, financiamentos para a consulta farmacêutica, cursos de capacitação e aperfeiçoamento contínuos e meios de divulgação científica, principalmente, elaboração de um banco de dados e revistas que possamos publicar os trabalhos.

Espero que possamos sair daqui muito mais com sentimento de coragem e ânimo do que de qualquer outra coisa. Não podemos esperar por nenhuma caixa mágica ou um pacote computacional que revele todas as dúvidas ou todas as questões que hoje nos afligem, porque nem essa caixa, nem esse pacote existem, infeliz ou felizmente para que nós possamos trabalhar. Lembrando que mesmo que existisse, nós lidamos com uma coisa que não tem como fazer padrão, que é o ser humano, na sua individualidade, respeitando as suas especificidades biopsicossociais e, por isso, temos que colocá-lo no centro da nossa prática diária. Obrigado.

## **Representante do Grupo 5**

Sou de Santa Catarina e no grupo havia pessoas de vários estados como Rio Grande do Sul, Minas Gerais, São Paulo, Paraná, Espírito Santo, entre outros. Nossa pergunta norteadora foi: “Como propor e implantar a atenção farmacêutica no SUS?” Dessa forma, o objetivo do projeto que construímos foi: colaborar em equipe para a melhoria da qualidade de vida dos usuários do serviço de saúde do Caps, atuando especificamente na satisfação de suas necessidades farmacoterapêuticas. Entendam que esse atuar especificamente não significa que nós vamos agir somente nisso, mas, sobretudo, vamos nos focar na satisfação das necessidades farmacoterapêuticas do usu-

ário. Resolvemos colocar nesse espaço uma reflexão que surgiu no grupo durante o processo de sistematização e foi estruturante de alguns momentos da discussão, que é a necessidade de articular a prática do farmacêutico à complexidade da assistência farmacêutica no município.

Seguindo a linha do tempo, sugerimos no primeiro mês um processo de contextualização e diagnóstico do serviço, permeando toda a prática do profissional e a necessidade de estudar e se formar para atuar enquanto trabalhador em uma equipe de saúde mental, que era nosso caso específico. Sobre a questão dos recursos, começa a partir do segundo mês de trabalho. Foram discutidos aspectos referentes aos recursos físicos, materiais, à necessidade de trabalhadores e várias outros. A necessidade de divulgação entre as pessoas do serviço para os usuários se dá no terceiro mês.

A execução do trabalho propriamente dito, bem como o monitoramento e a avaliação do serviço tem início a partir do terceiro mês e é contínuo, prolongando-se até enquanto existir o trabalho. Da articulação até a execução do serviço, nucleamos como um plano de trabalho desse profissional na unidade de saúde.

Eu vou dar uma descrição rápida do problema que nos foi proposto. Ana Maria é uma farmacêutica que participou de um seminário de implantação da atenção farmacêutica no SUS, aprendeu algumas coisas e quando voltou para a sua cidade foi convidada para participar de um programa de atenção farmacêutica a usuários de um determinado Centro de Atenção Psicossocial (Caps). Durante as oficinas debatemos e construímos estratégias para a implantação desse serviço naquela unidade de saúde.

Conforme já havia falado, o primeiro passo seria conhecer o Caps; o fluxo de usuários; o serviço da farmácia; a dinâmica de referência e contrarreferência no município; buscar informações sobre a política de atenção à saúde mental no município; construir rodas de discussão com os profissionais do Caps sobre seus papéis e atribuições na atenção ao usuário; contextualizar esse novo ator dentro da equipe de saúde para que o trabalho pudesse se dar de forma ótima; perceber quais as expectativas da equipe em relação ao seu trabalho; conhecer as necessidades e realidades locais do Caps e do município; e estudar com o grupo as necessidades do serviço do Caps. Isso tudo trata da interação da farmacêutica com a equipe e da contextualização dela no serviço. É necessário conhecer a dinâmica, ou aspectos gerais do serviço de atenção à saúde do município, em todos os níveis; conhecer a política de medicamentos adotada no município; interagir com os serviços que encaminham os usuários ao Caps, de forma a conhecer melhor o contexto histórico-social do mesmo. Fazer um diagnóstico visando avaliar a situação atual e determinando parâmetros para avaliação posterior.

Agora, entraremos no processo do plano de trabalho que está dividido em estudar, divulgar e executar. Levantamos a necessidade da Ana Maria de estudar questões específicas sobre saúde mental, pois entendemos que a formação obtida na universidade não é suficiente para o trabalho na unidade de saúde ou, mais especificamente, no Caps. Dessa forma, é necessário estudar, por exemplo, questões clínicas e psicológicas referentes à saúde mental. É preciso também estudar a atenção farmacêutica e áreas

afins como: Relações Interpessoais, Comunicação, Farmacoterapia, Sociologia, Psicologia, Antropologia e Educação, uma vez que ainda não temos formação adequada para trabalhar com esse serviço ou para construir uma prática como essa.

O processo de articulação se dá no primeiro e no segundo mês, mas que se prolonga e permeia todo o trabalho, consistindo em: apresentar a atenção farmacêutica aos outros trabalhadores do serviço; negociar apoio político com os gestores do sistema de saúde; buscar apoio técnico científico, por exemplo, com o CIM e gestores para a realização e divulgação de cursos de qualificação e imersão em atenção farmacêutica e saúde mental; garantir o acesso aos medicamentos no Caps; discutir com a equipe quais os usuários que serão acompanhados a princípio, considerando que o objetivo do serviço é acompanhar todos os usuários.

A questão dos recursos no processo de trabalho se dá a partir do segundo mês, uma vez que já vai estar contextualizada e um pouco articulada. Os recursos físicos e materiais são: o consultório farmacêutico, computador com acesso à Internet, bibliografia, impressos e equipamentos ambulatoriais. Aqueles relativos aos trabalhadores são: otimizar o trabalho existente e considerar demandas para o futuro, a necessidade de um auxiliar técnico de formação a ser discutida, para trabalhar na farmácia. Seria interessante contar com estagiários de universidades para que ocorra a interação com o serviço. Além da necessidade de que o farmacêutico seja efetivo, ou seja, tenha um vínculo consolidado com o município.

A divulgação ocorreria a partir do terceiro mês para apresentar a atenção farmacêutica aos usuários do serviço e ao conselho local, se houver, além de apresentar o plano de trabalho para os outros trabalhadores do Caps. O processo de execução, que seria a partir do terceiro mês, envolveria a integração da atenção farmacêutica à proposta terapêutica do Caps; definição dos instrumentos para coleta de dados; realização do seguimento farmacoterapêutico; gerenciamento da dispensação de medicamentos; contribuição na elaboração de protocolos clínicos e de diretrizes terapêuticas para atenção à saúde mental conforme a demanda do serviço; utilizar a lista de medicamentos padronizados no município; desenvolver ações de farmacovigilância; sempre que necessário, incluir o cuidador na ação de atenção à saúde; e participar de grupos de discussão sobre atenção farmacêutica.

O plano de acompanhamento no processo de execução do serviço prevê que o trabalho de Ana Maria seja de quatro horas por dia, cinco dias por semana, e duas consultas farmacêuticas por dia. Esse plano é flexível aliado à meta inicial de dois usuários novos por semana, o que daria oito usuários novos a cada mês. O processo de monitoramento e avaliação, que é o último, consiste em uma pesquisa de satisfação do usuário, cuidador e de outros trabalhadores do Caps; avaliação do impacto clínico e econômico do serviço; divulgação dos resultados à equipe, à gestão e aos conselhos de saúde; análise constante da inserção da atenção farmacêutica no contexto dos serviços.

O grupo não discutiu a fundo o que é atenção farmacêutica, e muitas vezes não tínhamos isso bem definido. As pessoas tinham conceitos conflitantes em suas cabeças e isso em certo momento dificultou um pouco a conversa, mas depois definimos que no grupo iríamos usar a terminologia seguimento farmacoterapêutico. Obrigado.

## Representante do Grupo 6

Discutir estratégias para pesquisas em um serviço incipiente ou inexistente é realmente muito difícil. Tentamos levantar todos os possíveis problemas que apareceriam na implantação dessas estratégias para realizar pesquisas em atenção farmacêutica. Trabalhamos em quatro níveis diferentes que são as barreiras ao projeto, a infraestrutura das instituições e a infraestrutura do SUS, além de outras barreiras que apareceram ao longo do trabalho.

Começamos pela cultura da medicalização e medicamentação da saúde. Como estratégia para superar esse obstáculo, colocamos a educação. É necessária a conscientização, tanto do usuário de medicamento quanto dos acadêmicos sobre o uso racional de medicamentos. Foi discutido também que para a implantação de pesquisas no SUS, seria necessário politizar, usar critérios na questão da pasta da Saúde porque nós entendemos que os critérios, ao invés de serem políticos, deveriam ser técnicos para que os projetos tivessem continuidade e força também.

Na estrutura organizacional do SUS, a inserção do serviço de atenção farmacêutica no pacto pela vida, que são os regulamentadores da implantação e do financiamento, os diferentes regulamentadores, antigas Nobs e Noas do sistema de saúde, de forma que sejam desprezados, que sejam estabelecidos programas efetivos de avaliação e desempenho dos profissionais que estão trabalhando no SUS.

A falta de clareza do papel do farmacêutico e de suas atribuições no SUS é devida à crise de identidade profissional, sendo assim, faz-se necessária uma redefinição das atribuições do profissional no ambiente de trabalho do SUS. Em termos da falta de área física adequada, recursos físicos, mobiliário, equipamentos, estruturação dos serviços de assistência e atenção farmacêutica com mecanismos de incentivo e de reconhecimento, a estratégia seria estimular a prática do seguimento farmacoterapêutico nos diferentes programas já existentes no MS, como por exemplo, os programas do Hiper-Dia ou dos Medicamentos Excepcionais.

A escassez de recursos humanos, a falta de capacitação, o envolvimento e o compromisso dos farmacêuticos e a dificuldade em mudar a prática das pessoas em serviços são algumas dificuldades encontradas no que diz respeito à gestão de trabalho. Algumas estratégias podem ser elaboradas, buscando resolver ou minimizar esses problemas como: incluir a prática da atenção farmacêutica na tabela de procedimentos do SUS; prover um número adequado de profissionais e técnicos para atuação nos serviços; capacitar os profissionais que estão no SUS; desenvolver estratégias e mecanismos de fomento para a formação de recursos humanos em atenção farmacêutica e programas de intercâmbio internacional para a sua formação, porque essa, como já foi discutido anteriormente, é uma área incipiente. Portanto, não temos ainda uma massa crítica de doutores. Para formar profissionais, temos que entender que a atenção farmacêutica, pelo menos no sentido do seguimento farmacoterapêutico, é uma profissão clínica, e isso pede experiência e prática clínica. A Farmácia já vive uma dissociação da prática e

da academia nos cursos tradicionais, porém, se queremos falar em implantar atenção farmacêutica, nossos professores vão ter que ir para a clínica, porque lá é que irão vivenciar a prática, ninguém vai aprender clínica em um curso de capacitação.

No que tange aos gestores, precisamos informá-los e sensibilizá-los no que concerne à prática e à pesquisa da atenção farmacêutica, isso pode ser feito com a promoção de fóruns, elaboração de materiais de divulgação e *sites*, incluindo dados sobre o impacto farmacoeconômico. Assim, teremos um poder de convencimento das instituições e dos gestores principalmente, clínico, social e humanístico. Pactuar atividades e atribuições para o apoio institucional no desenvolvimento de pesquisas; contemplar o desenvolvimento da dispensação por entender que essa atividade traz resultados mais rápidos para o SUS; considerar a proposta brasileira de consenso em atenção farmacêutica como referência para o desenvolvimento das pesquisas no SUS nos diferentes níveis de atenção.

No que se refere às instituições, é preciso: fomentar a prática da atenção farmacêutica com os farmacêuticos e os pesquisadores que estão inseridos nos serviços; promover programas de capacitação com parcerias regionais; introduzir a prática clínica com professores; desenvolver referências técnicas sobre pesquisa e atenção farmacêutica, incluindo aspectos farmacoeconômicos e clínicos; implantar o serviço no SUS, pactuando a continuidade do mesmo, ou seja, o projeto não pode estar limitado aos desejos dos gestores, porque senão você está ali, você ganha uma sala ao lado da farmácia, passa um tempo você está gerenciando a farmácia e voltou para as atividades administrativas e burocráticas. Qualificação do serviço para a atenção farmacêutica e contribuição da pesquisa para isso; fomentar a capacitação dos pesquisadores em metodologia científica de forma que os artigos sejam publicáveis, porque nós não vamos conseguir sensibilizar a comunidade científica quanto à validade do nosso trabalho se não houver rigor metodológico nos estudos realizados; ressaltar o compromisso ético e a responsabilidade do pesquisador com os impactos para o paciente, que não deve ser visto apenas como objeto de estudo, uma vez que trabalhar com o ser humano é muito novo para nós farmacêuticos; estimular e envolver os profissionais dos serviços em todas as etapas de pesquisa, planejamento, elaboração, execução e avaliação; estimular o compromisso dos pesquisadores e profissionais de serviços e implantar os resultados da pesquisa dando continuidade ao trabalho e contribuindo para a qualificação deste.

Com relação ao País propomos: a alocação de recursos do Ministério da Saúde e de agências de fomento para pesquisa em atenção farmacêutica nos serviços; a estruturação de um programa de atenção farmacêutica, que pode ter duas formas de entrada no sistema, pela criação de um novo programa ou pela utilização daqueles já existentes citados acima; a criação de um programa específico com a contratação de profissionais com experiência e perfil especificamente para essa prática como prioridade institucional, com mecanismos específicos de repasse e pagamento dos serviços, envolvendo também acompanhamento e avaliação dos serviços prestados; aprimorar e simplificar a proposta de consenso em atenção farmacêutica, pois algumas pessoas entendem que



não é muito clara no que diz respeito ao que exatamente significa a atenção farmacêutica; o fomento ao trabalho em rede e em cooperação, com a formação de um fórum virtual de discussões, compilação e disponibilização de referências; criação de uma revista científica para o escoamento da produção científica nessa área; estímulo à estruturação de grupos em termos de formação e pesquisa em atenção farmacêutica nos programas de pós-graduação das universidades; a criação de editais com exigências gradativas e escalonamento, fomentando a pesquisa por jovens pesquisadores, iniciantes e mestres; criação de uma subárea de conhecimento da assistência farmacêutica pelo CNPq.

A principal proposta do grupo é realmente a criação de uma rede, após este Seminário, com o objetivo geral de promoção do uso racional de medicamentos e objetivos específicos de promover a troca de experiências e informações, divulgar documentos normativos, referências e trabalhos, e apoiar a formação de recursos humanos. Obrigado.

### **Representante do Grupo 7**

O nosso grupo é de serviço e foi composto por profissionais de vários estados. Primeiramente, nós gostaríamos de agradecer o brilhante trabalho de facilitação da Ione e da Érica que colaboraram muito para que nós conseguíssemos chegar ao produto final.

O nosso caso também é o da Ana Maria e seguimos as perguntas básicas que tínhamos para responder. Sobre os objetivos dos serviços de assistência farmacêutica no contexto apresentado no problema, temos aqueles clássicos de melhorar a adesão, promover o uso racional de medicamentos, identificando, prevenindo e resolvendo os problemas relacionados a medicamentos e colaborar com a equipe de saúde.

Os beneficiários dos serviços seriam todos os pacientes. Discutimos bastante a questão de que todos os pacientes podem ser atendidos, sendo que os estáveis serão atendidos pessoalmente e os instáveis por intermédio do cuidador, ou seja, daí a importância da relação do farmacêutico com o cuidador. Estabelecer se o programa começaria com todos os pacientes não é uma decisão única da farmacêutica, ou seja, em função da discussão do diagnóstico e da contribuição da equipe multidisciplinar, a farmacêutica vai avaliar quais os pacientes que ela pode e deve atender.

Os princípios norteadores desse serviço de atenção farmacêutica que vai ser implantado são a ética e o humanismo, em contraponto ao automatismo, se nós levarmos em conta o perfil dos pacientes de saúde mental isso é essencial. No entanto, nós pensamos que além da técnica, do trabalho interdisciplinar e do humanismo é preciso ter um farmacêutico altamente capacitado, pois não adianta ter empatia com a equipe e o paciente, se este não sabe o que está falando. Então, é preciso aliar todas essas questões.

Consideramos muito importante citar aqui os princípios filosóficos do SUS, a integralidade, a equidade e a universalidade e ressaltarmos a diretriz do respeito ao controle social. A questão que queríamos ressaltar aqui é a relação com os conselhos

municipais de saúde, com as comissões locais. Houve uma proposta no grupo que não foi consenso, que é a possibilidade desse farmacêutico trabalhar os pacientes em grupo, seja na primeira entrevista, ou na intervenção.

As dificuldades que detectamos para a implantação desse serviço foram que embora a equipe queira a presença do farmacêutico, a mesma desconhece qual é a sua função e qual é a sua importância. Diante disso, a estratégia seria mostrar, depois desse serviço implantado, se os indicadores que avaliam a ação do farmacêutico são positivos. Além disso, o grupo propôs outras estratégias, como: sensibilizar o gestor; começar a fazer a atenção farmacêutica onde o profissional está presente; criar uma agenda para que esse profissional possa organizar melhor o serviço; designar um profissional exclusivo para a prática da atenção farmacêutica, isso também não foi consenso no grupo, alguns defendem que em função dos perfis diferenciados eu tenho que ter um profissional para atenção e outro para assistência.

O grupo discutiu também a necessidade de pressionar as entidades: conselhos regionais, MS e conselhos municipais de saúde, para trabalhar em conjunto. Entendemos que não é possível existir unidades de saúde em que o farmacêutico não esteja presente, isso está na lei. Então, como podemos aceitar uma coisa que é ilegal?

Para o plano de implantação do serviço, nós abolimos os períodos de 3, 6, 9 e 12 meses. Como a carga horária dos profissionais é muito diferenciada da realidade, nós entendemos que não é possível definir quantos pacientes a Ana Maria atenderia por dia. Então, estabelecemos que ela atenderia o que fosse permitido em metade da carga horária diária, se for 4 horas atende 2 horas, e o número de pacientes vai variar em função disso. Com uma entrevista inicial de 50 minutos e um retorno de 30 minutos, ela vai fazer sua própria agenda, variando conforme a prática.

O grupo entende que é necessário um estagiário para trabalhar com esse profissional, mas é preciso treiná-lo antes de começar. Consideramos também a necessidade de um técnico ou auxiliar com carga horária integral. Quanto à estrutura física, aquilo de sempre: mesa, cadeira, consultório partilhado, e o que o grupo discutiu de importante aqui é que isso é solicitado com a elaboração de um projeto. Com relação aos recursos educacionais, consideramos a importância da elaboração de projetos, grupos de discussão com a universidade e articulação com a equipe multidisciplinar. A avaliação do paciente deve ser feita baseada nos resultados clínicos laboratoriais e nos PRM resolvidos.

Como estratégias municipais, estaduais e nacionais propõem a formação de grupos sob coordenação e implantação do DAF nas várias regiões, que a universidade esteja dando suporte para esse processo todo, e que esse grupo trabalhe em rede, com transparência, programas informatizados e interligados pela Internet. Nessa parceria com as universidades teríamos os estágios, a formação, a pesquisa, a capacitação e a educação continuada. Quero ressaltar que a universidade não deve fazer o projeto e depois abandonar o serviço, porque como é uma parceria, os dois lados têm a contribuir.

No âmbito institucional, fazer o diagnóstico da situação, sensibilizar o gestor, falar com o Conass e o Conasems que é extremamente importante; criar infraestrutura física e de recursos humanos. Em nível estadual, é necessária a pactuação das metas bi e tripartite. Propomos que a política de assistência farmacêutica seja ajustada para adequar-se ao perfil também da atenção farmacêutica. Obrigado.

### **Coordenador – Nelson Silva**

Temos a proposta de consolidar esse trabalho aqui em um documento único final, que depois o MS vai publicar fazendo os devidos ajustes daquilo que está replicando em alguns grupos como estratégia. Vou passar a palavra ao doutor Divaldo e doutor Manoel para fazerem uma avaliação final. Antes disso, vou passar a palavra para a Enefar que quer apresentar a proposta de um documento.

### **Representante da Enefar**

Nós da Enefar fomos convidados pelo DAF para participar deste Seminário e agradecemos o convite e a possibilidade de estar aqui nos colocando para o diálogo com as pessoas. Nós construímos uma carta sobre este seminário que está sendo impressa, e gostaria de colocar aqui algumas reflexões que estão presentes nessa carta.

A Enefar, para quem não conhece, é a entidade que representa nacionalmente os estudantes de Farmácia do Brasil, ela não só representa os estudantes em uma perspectiva de representatividade, centro acadêmico, mas também tem o objetivo de encaminhar as lutas desses estudantes. É uma entidade que luta pela consolidação do SUS e pelo avanço do nosso sistema de saúde em defesa da vida e contra a mercantilização dos direitos do povo.

O que está colocado nessa carta é uma reflexão sobre o que é este seminário e a necessidade de construirmos em nosso País uma prática do profissional farmacêutico adequada a nossa realidade. Muitas discussões sobre atenção farmacêutica focam a questão meramente técnica e esquecem da questão política que está envolvida no trabalho de qualquer pessoa e as relações dos seres humanos. Enquanto representantes da Enefar, o que queríamos ver aqui era um espaço mais amplo de debate, em detrimento de falas muito expositivas e da questão técnica que prevaleceu de forma muito forte. Temos que considerar também que o Brasil tem uma PNM e que construímos recentemente neste País uma Conferência Nacional, que discutiu questões do controle social. Onde está colocado o controle social em um espaço como este? Podemos debater que este é um espaço técnico, logo o controle social não teria condições de estar participando aqui. Nós, da Enefar, não entendemos que este espaço seja técnico, este é um espaço de debate político uma vez que o trabalho farmacêutico está colocado nas relações políticas entre os seres humanos. Obrigado.

## **Coordenador – Nelson Silva**

Só queria reiterar uma colocação que fiz anteriormente de que a proposta do MS é colocar em prática as propostas que foram levantadas aqui, obviamente, dentro de um viés do que está posto na legislação. Para completar o que foi falado, na verdade nenhuma dessas ações sai daqui como uma decisão estanque, elas invariavelmente, em qualquer instância que nós tentarmos colocá-las em prática, terão sim a avaliação do controle social. São etapas e momentos que temos de levar em consideração.

Espero que fique claro que não desrespeitamos o processo democrático da participação do controle social que foi iniciado, consolidado e que está proposto dentro da estrutura do MS, até como referencial para outros Ministérios que ainda não têm. Agora eu convido o doutor Divaldo e o doutor Manoel para fazerem suas colocações.

## **Divaldo Lyra Júnior**

Primeiro quero agradecer a todos. Acredito que as oficinas, do modo como nós Comissão Organizadora e Científica idealizamos, cumpriram com os objetivos do próprio Seminário. Apesar da diversidade muito grande, acredito que o Seminário foi capaz de promover integração. A ideia era respeitar as diversidades para que as pessoas que trabalham com atenção farmacêutica começassem a se integrar com os gestores do SUS. Uma grande parte das propostas está de acordo com o que nós imaginamos e que deverá subsidiar no futuro as discussões para uma política nacional para essa área.

Acreditamos que conseguimos promover o intercâmbio de experiências, tanto nacionais como internacionais. Trabalhamos com a promoção de ferramentas de planejamento e vemos que há uma variedade de propostas que vão desde projetos até idealizações de como se pode modificar a situação atual, no que diz respeito a esse tema, tanto na área da prática como na pesquisa.

Os atores envolvidos tanto na investigação como na prática também fizeram propostas que podem compor, e o Manoel vai falar melhor sobre isso, o que nós acreditávamos ser uma agenda nacional para a implantação da atenção farmacêutica no SUS, desde a questão da discussão sobre os editais de pesquisa, até de que modo os recursos poderão ser alocados dentro da prática. Observamos que essa diversidade trouxe uma riqueza de experiências que certamente vão ser úteis para que os gestores das áreas federal, estaduais e municipais possam trabalhar e para que consigamos fazer com que a atenção farmacêutica deixe de ser só um sonho e se torne uma realidade.

É interessante também falar com relação à questão da pesquisa, ou melhor, até da formação do profissional. O DAF tem trabalhado para sensibilizar os farmacêuticos e pesquisadores de que existem diferentes formas e metodologias para se aplicar esse tipo de serviço. Em fevereiro, nós fizemos um encontro dos pesquisadores e professores da área, aqui em Brasília. Em março, nós apoiamos o Fórum Internacional de Segurança ao Paciente: Sistemas de Medicação, e participamos da fundação do *ISMP – Institute of Safe Medication Practice* no Brasil, em setembro vamos apoiar o Simpósio Brasileiro

de Farmácia Clínica, em Fortaleza. Para esse evento traremos pesquisadores da área da atenção farmacêutica vindos do Japão, Nova Zelândia e Austrália, para que tenhamos uma diversidade maior de conhecimento e consigamos chegar a um senso comum do que é realmente necessário e aplicável à realidade nacional. Isso porque moramos em um País continental que tem diversidades que variam de região para região. Neste evento a própria formação dos grupos teve como objetivo que as pessoas dentro da própria região se enxergassem, vissem suas dificuldades e que próximas a elas havia possibilidade de se trabalhar de uma forma mais efetiva para a implantação do serviço.

Para finalizar, eu queria falar da importância da articulação da atenção farmacêutica com a organização da própria assistência farmacêutica, que vem sendo desenvolvida neste País nos últimos meses. Neste contexto, quero deixar claro que não queremos que a atenção se desenvolva em detrimento da dispensação. Muito pelo contrário, o DAF compreende a relevância da dispensação farmacêutica pela sua amplitude e pelo seu alcance junto à população. Por isso, pensamos em formar um grupo técnico para desenvolvimento de um Curso Nacional de Qualificação em Dispensação.

Enfim, reitero o compromisso de divulgar amplamente este Seminário, tanto na forma impressa como na internet, de modo que todas as pessoas que estiveram aqui possam acompanhar, monitorar e avaliar o trabalho que estamos desenvolvendo em prol da implantação da atenção farmacêutica no SUS. Contamos com vocês para vencer este desafio e escrever uma nova página na história da profissão farmacêutica. Obrigado.

### **Coordenador – Nelson Silva**

Obrigado. Passo a palavra para o doutor Manoel fazer as suas considerações finais.

### **Manoel Santos**

Queremos cumprimentar e agradecer a todos os participantes que contribuíram para o sucesso do evento nestes três dias e, principalmente, aos convidados internacionais. Por isso, em nome das professoras Linda Strand, Amanda Brummel e Alina Sanchez, aqui presentes, agradeço a todos os convidados internacionais. E em nome do MS, e mais que isso, em nome dos brasileiros, pedir desculpas por qualquer contratempo que possa ter havido em função do calor do debate ou das defesas exacerbadas dos pontos de vista. Quero reafirmar mais uma vez aqui que para nós a diversidade de opiniões e posições é muito importante para o avanço de toda organização e implantação.

Saio de alma lavada deste Seminário, pois percebo, pelos relatos dos grupos, a compreensão que todos tiveram do momento que estamos passando e da dimensão processual da assistência farmacêutica junto ao SUS. Durante o pré-seminário, em que apresentei o SUS para os professores estrangeiros, usei um termo de “rito de passagem dos 15 anos”. Falo isso porque hoje aqui, muito mais do que um baile de debutantes, é um avanço significativo para a consolidação do desejo de todos nós, dentro do que é real conseguir, nesta avaliação processual que vocês mostraram neste relatório.

A responsabilidade do MS continua de pé e o que iremos propor agora é consolidar o que foi apresentado aqui. É uma agenda de acontecimentos, encaminhamentos e proposições que justamente abraçam todos os campos abertos para nós ocuparmos. Tenho que abrir um parêntese e destacar a importância deste grupo na consolidação desta proposição que vem muito ao encontro do que vocês estão propondo hoje aqui. Enfim, é responsabilidade do MS cumprir a agenda que vocês estão determinando, e desse trabalho que vocês desenvolveram nestes três dias, para nós é de fundamental importância. Eu quero garantir para vocês que, enquanto eu estiver à frente do DAF, farei questão de cumprir todos os compromissos assumidos até agora e a partir de agora com vocês.

Essa responsabilidade não é só do MS. É um processo altamente democrático e válido, em que vocês ao saírem daqui devem levar o trabalho que realizaram e se integrar, interagir e articular dentro dos seus estados e municípios, para que consigamos ter a multiplicação deste evento e alcançar a dimensão necessária.

Faço questão de lembrar que o controle social é fundamental para que nós consigamos avançar nessas propostas e implantá-las. Existem estados onde o Conselho Estadual de Saúde funciona, mas temos notícias de que em outros foram desarticuladas até as Câmaras Técnicas de Assistência Farmacêutica. Penso que isso foge até da expectativa do que seria o controle social, pois foi uma proposição de cima para baixo, que reflete justamente o autoritarismo de certas secretarias estaduais de saúde para desarticular o controle social. Acredito que a nossa responsabilidade, como pessoas envolvidas em aperfeiçoamento e organização do serviço, é participar da organização do controle social e junto com ele implantar essa atividade fundamental para o funcionamento do SUS.

Certamente esqueci de dizer alguma coisa, mas quero agradecer à Comissão Organizadora e Científica, que está de parabéns por esta sistemática. Creio que conseguimos atingir os objetivos inicialmente traçados. Agradecer também a todos os técnicos, farmacêuticos e não farmacêuticos, envolvidos na organização deste Seminário que foi impecável, embora obviamente tenham havido alguns problemas, isso foi superado pela dimensão que ele tomou e pelo sucesso. Além de agradecer, particularmente, mais uma vez, ao meu grande companheiro Divaldo, é muito significativo nós chegarmos ao final aqui e vermos o sucesso deste evento. Muito obrigado.

# **CUIDADOS FARMACÊUTICOS: DE ONDE VIEMOS, ONDE ESTAMOS E PARA ONDE VAMOS**

**Coordenador – Nelson Silva**

Para ministrar a palestra de encerramento deste evento vamos convidar honrosamente a doutora Linda Strand.

**Linda Strand**

Em nome da doutora Amanda e em meu nome, gostaria de agradecer muito a todos por nos convidar a participar do Seminário nos últimos quatro dias. Realmente, foi uma honra e um privilégio para nós poder trabalhar com vocês e espero que possamos continuar trabalhando juntos para fornecer esse importante serviço para os nossos pacientes. Além disso, parablenho vocês pelos resultados apresentados por seus grupos de trabalho. Realmente a ética de grupo de vocês está bastante intacta e acredito em mim, por um momento, pensei que tinha voltado a Minnesota.

Gostaria de abordar o que é necessário para que sejamos bem-sucedidos no fornecimento de atenção farmacêutica para os nossos pacientes. Enquanto escutava as excelentes propostas, realmente me veio à mente que vocês tenham uma agenda, que os guiará nas próximas duas décadas pelo menos. Todavia, eu gostaria, já que é a minha responsabilidade encerrar este evento, de abordar nos próximos minutos o que vocês precisarão fazer para começar a consolidar a prática a partir da próxima segunda-feira, porque está é uma oportunidade que não pode ser perdida. Falo isso porque nos EUA perdemos uma oportunidade de apoio do Governo Federal e gostaria, então, de gastar um pouco de tempo me assegurando de que vocês não percam esta oportunidade aqui.

Alicerçada na minha experiência, digo que vocês precisam se mover rapidamente e de uma forma concisa enfocando as questões. O Governo Federal do meu país, pela primeira vez na história, ofereceu muitos benefícios para os idosos no Plano Medicare. Este benefício inclui a provisão de um serviço oferecido pelos farmacêuticos voltado para a farmacoterapia.

A profissão gastou muito tempo falando a respeito dessa prática e não poderia tomar as decisões que a enfocassem, sem ser entendidos pelo Governo. Porém, a oportunidade foi perdida. Depois de ter passado por isso, no último ano, o que realmente foi um processo muito doloroso para mim, eu gostaria de incentivá-los e mostrar a nossa experiência para que vocês também não a percam.

Para vocês obterem sucesso, eu gostaria que nos próximos trinta minutos pudessem parar um minuto com todas as suas preocupações sobre aspectos políticos des-

sa prática e deixassem de lado as suas agendas pessoais e as formas antigas de pensamento, suspendessem as suas dúvidas e perguntas, fingissem que não existem conflitos de personalidade e retirassem as suas premissas com relação às práticas farmacêuticas, especialmente, aquelas que se aplicam à dispensação de um produto medicamentoso. Em primeiro lugar, eu gostaria que vocês deixassem de lado as suas opiniões pessoais. Vocês estão de acordo? Podemos fazer isso somente por trinta minutos?

Peço que vocês façam isso por várias razões, primeiro, porque vai ser necessário para que possamos aprender como implantar uma prática de atenção ao paciente no SUS, já estive presente tempo suficiente para saber que todos estes fatores serão importantes. Não estou ignorando que de fato isso vai influenciar e que terá também um impacto na prática. Sei que não são essas variáveis que deveriam definir a prática da atenção farmacêutica, que para ser uma prática de cuidado ao paciente precisa nos informar como deve ser a formação nesse aspecto. Se vocês pudessem retirar essas coisas que mencionei e verificar essa questão sem pensamentos nebulosos, sem essa percepção, penso que abordaremos o que é necessário para que tenham sucesso.

Desenvolvemos uma prática que requer uma série de mudanças significativas com relação à profissão farmacêutica e ainda temos várias outras que precisam ser feitas. Nós queremos passar para a etapa da implantação e isso requer que tenhamos decisões internas para que possamos fazer conexões fora também das práticas para o sistema de saúde. Uma vez mais, eu gostaria de lembrar o objetivo. O objetivo não é para aqueles que estão fora das influências que definem uma prática de atenção ao paciente, mas para que os profissionais de saúde definam como estes grupos externos podem apoiar o fornecimento de um serviço tão importante para os nossos pacientes. Então, são essas conexões que gostaria de abordar nesse momento com vocês.

Vou utilizar a minha experiência dos EUA, obviamente, e várias vezes nós pensamos que o que acontece em outros países pode nos informar e nos ajudar, mas também temos algumas diferenças. Acredito que todos nós estamos caminhando para um pensamento muito parecido com relação à assistência de saúde, mas às vezes essa linha entre os países se move, e o setor público diminui enquanto o privado aumenta ou, como no país de vocês, o setor público é maior e o privado é menor. No entanto, em todos os casos estamos tentando fornecer o melhor serviço para o paciente, para a máxima quantidade de pessoas com menor custo, portanto, os nossos objetivos são os mesmos.

Para demonstrar que temos mais semelhanças do que diferenças, vou dar para vocês mais informações: os gastos em saúde nos EUA vão alcançar um trilhão de dólares este ano, sendo que os governos estadual e federal pagam quase a metade dos custos de saúde. Além disso, o pagamento para prescrição de medicamentos vai mudar em janeiro, porque o Governo Federal vai pagar quase metade de todos os custos com medicamentos. Deste modo, sugiro que fiquem atentos a outro problema que está acontecendo no meu país.



Hoje, por exemplo, a quantidade de dinheiro que nós gastamos para adquirir esses medicamentos já é igual ao montante de recursos destinados a tratar os problemas de saúde causados pela farmacoterapia. Então, se o nosso governo se preocupava apenas com a distribuição de medicamentos para a população, agora também deve se preocupar se os medicamentos que estão sendo distribuídos são necessários, efetivos e seguros para os usuários. Com essa nova visão, os recursos que gastamos hoje com internações desnecessárias poderiam ser economizados e distribuídos para outras pessoas que precisam de um medicamento apropriado, efetivo e seguro.

Recentemente, em abril, alcançamos uma importante vitória, ou seja, o pagamento pela prática da atenção farmacêutica no estado de Minnesota. A partir daí, estamos sendo convidados a implantar este modelo nos outros 49 estados americanos. A nossa esperança é que a lei, que eu vou descrever para vocês daqui a alguns minutos, tornar-se-á um modelo para o país. Sem dúvida, esta é uma oportunidade em que o Governo Federal poderá definir qual é a prática da atenção farmacêutica, destinando recursos públicos para cada um dos 50 estados americanos. Conforme mencionei no outro dia, nós nunca tivemos uma oportunidade tão boa e tão realista. Logo, não podemos deixá-la de lado ou perdê-la.

Agora, eu gostaria de contar para vocês como foi a minha manhã hoje. Vou contar porque eu aprendi muito. Hoje cedo tive o privilégio de conhecer Brasília. Fui para o museu, vi alguns monumentos, alguns pontos importantes aqui da cidade e aprendi muito a respeito de Lúcio Costa e o seu plano piloto. Foi realmente magnífico, nunca fiquei tão emocionada e creio que ainda tenho muito que aprender sobre Brasília, o Brasil e sobre Lúcio Costa.

Sei que esse arquiteto me fez repensar a respeito do desafio da atenção farmacêutica por várias razões. Eu estava um pouco preocupada que o plano que eu vou mostrar para vocês fosse muito simples e curto, mas hoje de manhã eu vi que o plano piloto consistiu em 17 páginas. Pensem bem, 17 páginas para inventar uma cidade, que é Brasília. Isso me fez me sentir muito mais confortável e confiante com relação ao plano que vou compartilhar com vocês. A outra coisa que eu aprendi é que em quatro anos as pessoas do seu país criaram uma cidade, uma cidade que não tinha habitantes... Creio que podemos implantar atenção farmacêutica com menos tempo. Certamente, aprendi bastante de quão humilde e realista podemos ser e quanto podemos alcançar com relação ao nosso objetivo.

Depois de ter dito isso, sinto-me muito mais confiante para apresentar a vocês o meu plano, um tanto quanto simplista. Ele é simplista porque tem que ser alcançado em um curto espaço de tempo. Também tem esse formato porque de fato esse não é apenas o meu plano, mas o que o nosso governo requeria de nós. Enquanto profissionais de saúde que prestam atenção farmacêutica, temos que entender e fazer com que essa prática, voltada para o paciente, seja reconhecida. Assim, esse serviço poderá ser remunerado pelo governo do Estado de Minnesota. Portanto, sugiro que prestem atenção, pois é isso que precisam saber ou enfocar para mudar a realidade a partir da próxima

segunda-feira pela manhã. Este plano também servirá de indicador para avaliar o resultado das suas deliberações e das suas interações. É básico, o plano inclui “o quê”, “quem”, “onde” e o “como” realizar a prática.

O governo quer saber essas quatro coisas, então precisa ser claramente articulado, consistente e abrangente em todos esses aspectos. A grande maioria de vocês tem conexões com o governo e sabe que as coisas precisam ser muito claras se quiserem fazer com que essa prática se transforme em uma ação legislativa. O que eu vou mencionar agora é a linguagem atual da legislação, não é como eu escrevi, é a linguagem utilizada que passou na Câmara dos Deputados do Estado de Minnesota.

Em primeiro lugar, eu gostaria de focar “o quê” e isso é a definição da prática e do serviço. Gostaria de dizer isso da melhor forma possível, de maneira muito educada, suave e sutil: Agora é o momento no Brasil, de formar uma comunidade de indivíduos que entendam profundamente da prática da atenção farmacêutica. Eu quero dizer, profundamente, entendam a prática para que eles possam utilizar o vocabulário correto, informar e ajudar na formulação das políticas, nos procedimentos e na formação profissional. Atualmente, se há um ponto fraco na nossa abordagem, é que muitas pessoas ainda não estudaram suficientemente, com os detalhes necessários para que possam, de uma forma inteligente, avaliar o que precisa ser feito, porque, na realidade, cuidar de um paciente também é ter a responsabilidade direta por decisões tomadas que resultarão em vida ou morte. Sabemos que esse é um papel completamente novo para nós na farmácia, e falo isso após trabalhar nos últimos 26 anos em farmácia comunitária, hospitalar e clínica.

Executamos várias atividades para o paciente, para o médico, para a instituição e para o governo. Como farmacêuticos nunca nos responsabilizamos diretamente pelas decisões tomadas quanto ao uso dos medicamentos de um paciente, então isso agora é novo e diferente. Opiniões pessoais, posições políticas e conflitos de personalidade não têm lugar na tomada de decisão sobre o cuidado ao paciente. Lidamos com essa situação em nossas interações sociais, mas em termos do cuidado ao paciente, nós lidamos com isso como sendo a quarta, quinta ou sexta prioridade. Para assumir a responsabilidade com relação à farmacoterapia do paciente, temos que mudar a forma como pensamos, agimos e somos. Se queremos continuar tomando decisões com os mesmos métodos que utilizamos nos últimos 30 anos, se deixarmos que todas as outras variáveis políticas, as nossas agendas pessoais, as nossas desordens de caráter, interfiram, então nós não poderemos ser as pessoas que tomam essas decisões e que prestam esse serviço, esse cuidado à população. De fato, eu, da melhor forma possível, gostaria de pedir para aqueles que não tenham interesse em aprender a respeito da prática, que deem um passo atrás e deixem espaço para aqueles que querem, porque agora essas pessoas estão no caminho, não de outro evento, de outra política, ou de outro resultado de comitê. Na verdade, eles estão no caminho da decisão de vida ou morte que os nossos pacientes esperam que nós tomemos a partir da próxima segunda-feira.

Não temos mais tempo para esperar. As doenças e os sofrimentos que os nossos pacientes estão vivenciando, devido à farmacoterapia que nós disponibilizamos, é tão

grande que precisamos, ética e moralmente, mudar o nosso comportamento para que possamos resolver este problema. Já falei demais a respeito do “o quê”, agora temos a definição da prática e do serviço.

Partindo para o “quem”: qual é o profissional de saúde que será qualificado para prestar este serviço? “Onde” nós faremos isso? Temos que ter uma posição e saber que ambiente e situação nos permitem coletar as informações que precisamos para prestar um serviço de qualidade aos nossos pacientes. Todos nós temos muitos anos de experiência que nos dizem que não podemos dispensar medicamentos e cuidar do paciente ao mesmo tempo no mesmo local. Não precisamos de mais evidências, independentemente do que nós pensamos e queremos, porque quando cuidamos dos pacientes com essa responsabilidade existem regras que precisam ser seguidas. Não temos que gostar dessas regras e elas não precisam estar de acordo com as nossas opiniões pessoais, pois o sistema de saúde já estabeleceu um conjunto de regras que não podemos mudar. Vocês não precisam se sentir confortáveis seguindo essas regras, isso não é um requisito, nem é negociável. Enquanto nós nos recusarmos a obedecer a essas regras, não seremos reconhecidos ou pagos como prestadores de cuidado ao paciente.

Finalmente, precisamos definir o “como”. Como nós vamos prestar este serviço de uma forma explícita e transparente? Porque os pacientes precisam compreender o que esperar quando se sentam na nossa frente. Os médicos precisam saber o que podem esperar quando nós prestamos este serviço, e o governo precisa saber que a qualidade do que nós fazemos pode ser medida de uma forma clínica, humanística e econômica.

Agora, eu gostaria de gastar alguns minutos falando a respeito dos aspectos específicos que se referem à Lei de Minnesota. Como a lei define cada uma dessas quatro categorias, pois não permitiram que fôssemos reconhecidos ou pagos até que pudéssemos produzir uma linguagem que fosse aceita por todos, ou seja, que alcançasse as necessidades dos políticos, pacientes, consumidores, enfermeiras e médicos. Esta Lei define que os farmacêuticos vão fazer um levantamento do estado de saúde do paciente e uma revisão abrangente da farmacoterapia para identificar, resolver e prevenir PRM, bem como formular um plano cuidado, avaliar o acompanhamento da resposta do paciente à terapia, incluindo efetividade e segurança, e documentar todo o processo. A última etapa será realizada por meio de um sistema de documentação eletrônica, pois estamos em 2006 e temos formas de medir os resultados de um novo serviço de cuidado ao paciente que está sendo introduzido no sistema de atenção à saúde. Com esses resultados, poderemos trocar relevantes informações do paciente com outros profissionais de saúde e fornecer instruções e recursos para melhorar o uso dos medicamentos.

Agora vamos falar um pouco de “quem”. O governo não quer uma lista de atividades que desempenharemos, não quer saber se queremos focar uma doença em particular, pois não estão interessados em uma doença em particular. O governo está interessado em como nós manejamos a farmacoterapia de todos os pacientes, porque cada paciente é um indivíduo integral e alguém tem que gerenciar todos os medicamentos, o tempo todo. Para tanto, a qualificação dos profissionais deve assegurar que sejam

farmacêuticos graduados. No nosso caso tínhamos que garantir que estes profissionais fossem capazes de prestar o cuidado farmacêutico. Os nossos legisladores estavam muito preocupados com os farmacêuticos que não foram treinados dessa forma, pois eles não poderiam desempenhar essa função. Assim sendo, disseram: – “Vocês precisam garantir que os profissionais sejam qualificados para que prestem esse atendimento aos pacientes”.

Quero enfatizar que o programa que desenvolvemos para a nossa prática está disponível para todos e eu ficaria muito contente em poder trabalhar com vocês e traduzir isso para o português, pois formamos os farmacêuticos para prestar atenção farmacêutica em menos de oito semanas. Uma das diretrizes somente pode ser conhecida se você aplicar um processo estruturado de cuidado ao paciente, incluindo a avaliação e também o desenvolvimento do plano de cuidado. Onde isso seria realizado? Tem que ser separado do serviço comercial porque os legisladores, por exemplo, foram para as farmácias durante vários anos e compreenderam rapidamente que você não pode receber esse nível de cuidado sem uma consulta, uma atenção focalizada, um tempo e preparação adequados e documentação. Portanto, especificaram claramente que tinha que ser separado do comércio (da farmácia). Isso porque teria que ser devotado cuidado ao paciente e o local deve ter de um tamanho adequado para acomodar, confortavelmente, pelo menos três pessoas, o paciente, o cuidador e o farmacêutico em volta de uma mesa. O ambiente precisa ser privado para que outras pessoas não possam ver ou escutar o que está acontecendo ali, com relação à saúde de um paciente individualmente. Finalmente, os legisladores especificaram, detalhadamente, como nós deveríamos documentar e notificar a qualidade e o valor dos resultados dessa prática. Essa é a razão pela qual vocês podem começar segunda-feira.

Vocês não precisam esperar e responder todas as perguntas que foram feitas nos seus grupos porque a documentação da prática que vocês fornecem para cada paciente é a evidência que responde as perguntas que vocês apresentaram antes. Logo, se documentarmos da forma como eles esperam que documentemos, então nós estamos falando de uma prática de cuidado ao paciente. Uma prática como a realizada por médicos, enfermeiros, dentistas, veterinários ou psicólogos, pois todos esses profissionais são legalmente, eticamente, moralmente, clinicamente e profissionalmente obrigados a documentar tudo. É imprescindível ter consciência da necessidade de documentar, pois recebemos muita informação que precisamos incluir quando estamos cuidando de um paciente.

Gostaria de enfatizar que é o governo americano que está estabelecendo esses critérios, não somos nós. Nós temos que documentar, por exemplo, se o medicamento é apropriado, se o paciente requer medicamentos, etc. Além de informações, instruções e os recursos para prestar esse serviço. Finalmente, temos que documentar o conteúdo dos comunicados feitos para os pacientes e outros profissionais de saúde. Isso parece ser muita informação. De fato, não são mais informações do que são necessárias aos médicos, enfermeiras, dentistas, veterinários ou psicólogos. Não é mais e nem menos, é simplesmente a quantidade necessária e assim é o padrão que temos que funcionar para que o governo nos reconheça como prestadores de cuidado ao paciente.

Por fim, quero gastar só mais dois ou três minutos para descrever o tipo de resultados que vocês verão se atuarem dessa forma. Obviamente, esse é o processo de atenção farmacêutica definido pelo governo como sendo necessário, então eu gostaria apenas de analisar dois.

Os dados aqui demonstrados são frutos da documentação computadorizada de mais 26.000 encontros com pacientes no Estado de Minnesota. Aqui são os dez problemas de saúde mais frequentes tratados com farmacoterapia: hipertensão, hiperlipidemia, diabetes, osteoporose, suplementação vitamínica e dietética, rinite alérgica, esofagite, depressão, menopausa e artrite. Esses dez problemas de saúde variam de acordo com o país que estamos investigando, se é na Espanha, no Canadá, na Inglaterra, na África do Sul ou no Brasil, mas são muito semelhantes em termos gerais. Vale ressaltar que esses problemas representam 50% de todas as indicações que requerem farmacoterapia. Creio que quando vemos esses dados, podemos encontrar coisas muito interessantes, pois as semelhanças demonstram que não é complicado, não é difícil e nem necessário muito tempo para que um farmacêutico aprenda sobre esses problemas. No outro *slide*, podemos ver que nesses 26.000 encontros foram identificados mais de 11.000 PRM, ou seja, a grande parte dos PRM ocorre em pacientes que apresentam esses dez problemas de saúde. Acredito que para aqueles que querem aprender sobre o cuidado, ter essa visão pode fazer muita diferença e ao mesmo tempo, nortear a prática de uma forma muito eficiente e efetiva. Muito Obrigada.



# EQUIPE TÉCNICA

## *Elaboração do texto:*

Divaldo Pereira de Lyra Júnior (DAF/SCTIE/MS)

Adriana Mitsue Ivama (Anvisa/UnB)

Djenane Ramalho de Oliveira (UFMG)

Josélia Cyntia Quintão Pena Frade (Centro de Pesquisas René Rachou/Fiocruz)

Lisiane da Silveira Ev (UFOP)

Patrícia Sodré Araújo (UNIME/UFCT)

Wellington Barros da Silva (UNISUL)

## *Organização:*

Divaldo Pereira de Lyra Júnior (DAF/SCTIE/MS/UFS) e Tatiane Cristina Marques (USP)

## *Colaboração:*

Alina de las Mercedes Martínez-Sánchez (Universidad de Oriente – Cuba)

Amanda Brummel (Fairview Health Services – EUA)

Fernando Martínez-Martínez (Universidad de Granada – Espanha)

José Luiz Castro (OPAS/OMS – Argentina), Linda Marie Strand (University of Minnesota – EUA)

Manuel Machuca González (Universidad de Sevilla – Espanha).

## *Revisão do texto:*

Fabíola Sulpino Vieira e Manoel Roberto da Cruz Santos

## *Coordenação do Seminário:*

Manoel Roberto da Cruz Santos (SCTIE/DAF/MS)

Divaldo Pereira de Lyra Júnior (SCTIE/DAF/MS)

## *Secretaria Executiva do Seminário:*

Ângela Márcio Loureiro Perocco (Prodoc/DAF/MS), Geisa Almeida Grijó (SCTIE/DAF/MS), Renata Castro Barros (SCTIE/DAF/MS)

*Comissão Organizadora:*

Djenane Ramalho de Oliveira (UFMG)

Dayde Lane Mendonça da Silva (UCB/UnB)

Josélia Cintya Quintão Pena Frade (Centro de Pesquisas René Rachou/Fiocruz)

Lisiane da Silveira Ev (Ufop)

Patrícia Sodré Araújo (Unime/ UFTC)

*Comissão Científica:*

Adriana Mitsue Ivama (Anvisa/UnB)

Djenane Ramalho de Oliveira (UFMG)

Josélia Cintya Quintão Pena Frade (Centro de Pesquisas René Rachou/Fiocruz)

Lisiane da Silveira Ev (UFOP)

Lúcia de Araújo Costa Beisl Noblat (UFBA)

Mauro Silveira de Castro (UFRGS)

Norberto Rech (Anvisa), Patrícia Sodré Araújo (Unime/ UFTC)

Wellington Barros da Silva (UCB)

*Organização do Seminário:*

Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos (DAF)

*Apoio:*

Organização Pan-Americana da Saúde/ Organização Mundial da Saúde







EDITORA MS

Coordenação-Geral de Documentação e Informação/SAA/SE

MINISTÉRIO DA SAÚDE

SIA, trecho 4, lotes 540/610 – CEP: 71200-040

Telefone: (61) 3233-2020 Fax: (61) 3233-9558

*E-mail:* editora.ms@saude.gov.br

*Home page:* <http://www.saude.gov.br/editora>

Brasília – DF, agosto de 2009

OS 2009/0186