

PHARMACIA

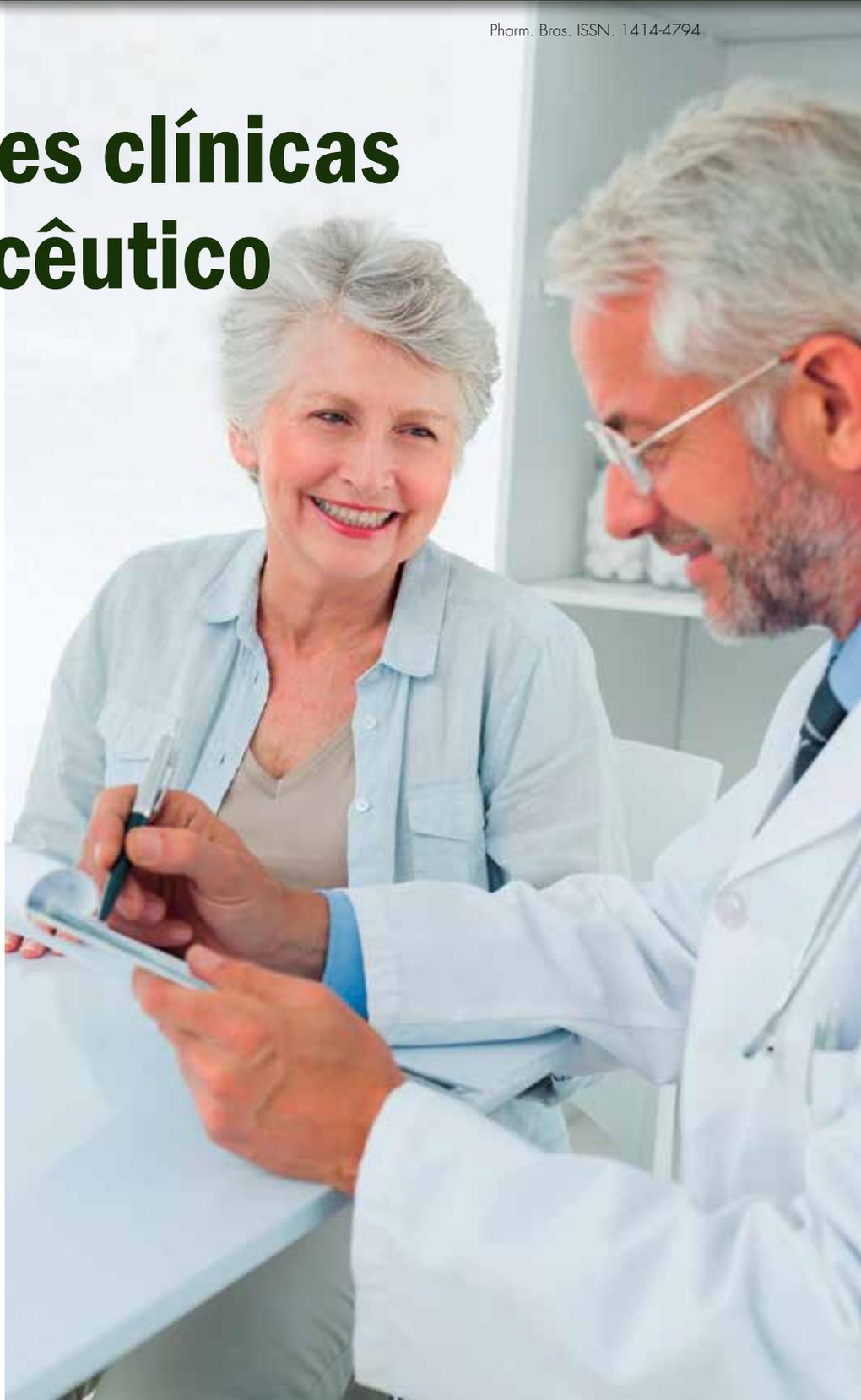
B R A S I L E I R A

Ano XII - Número 88 - Janeiro/Fevereiro/Março/Abril 2014

Pharm. Bras. ISSN. 1414-4794

Atribuições clínicas do farmacêutico

As atribuições clínicas do farmacêutico estão abrindo horizontes para o fortalecimento da farmácia clínica, base para a prescrição farmacêutica e pedra angular do processo de consolidação da autoridade técnica do profissional. Elas têm conexão com a responsabilidade social do farmacêutico e podem assumir papel estratégico na aguardada mudança na saúde.



Visite a página do Conselho Federal de Farmácia www.cff.org.br



Em nossa página, você terá acesso às seguintes informações:

- **CFF** (sua história, funções, metas e objetivos; a diretoria e os conselheiros federais; as comissões e grupos de trabalho);
- **Os CRFs** (diretorias, endereços, telefones e emails);
- **O Cebrim** Centro Brasileiro de Informações sobre medicamentos (Atividades, Sismed, solicitação de informações, farmácia comunitária, medicamentos novos, nomenclatura, dissertações, artigos, livros, notícias e alertas etc.);
- **Legislação** (o Código de Ética da Profissão Farmacêutica e todo o conjunto da legislação farmacêutica brasileira - leis, decretos, portarias, resoluções do CFF, resoluções sanitárias, projetos de lei etc.);
- **Revista "Pharmacia Brasileira"** (a publicação do CFF está disponibilizada, também, na Internet). Visite-a;
- **Publicações** (informações sobre as publicações técnicas e científicas na área farmacêutica);
- **Editais** (licitações e eleições);
- **Consultas públicas** (as matérias que se encontram abertas à participação do farmacêutico ou de toda a sociedade para ser editadas.);
- **Notícias** (geradas no CFF e fora.);
- **Agenda de eventos** (saiba sobre os congressos, seminários, fóruns, simpósios, cursos e outros eventos farmacêuticos que serão realizados, no Brasil e fora);
- **Links** (clique e terá acesso às mais importantes páginas das organizações farmacêuticas e de saúde em geral, do Ministério da Saúde, da Anvisa, das faculdades de Farmácia, entre outras). E muito mais.

O acesso é gratuito. A página é sua.

DIRETORIA

Presidente:

Dr. Walter da Silva Jorge João

Vice-presidente:

Dr. Valmir de Santi

Diretor Secretário-Geral:

Dr. José Vilmore Silva Lopes Júnior

Diretor Tesoureiro:

Dr. João Samuel de Moraes Meira

COMISSÃO DE TOMADA DE CONTAS

Dr. José Gildo da Silva (AL)

Dr. Carlos Eduardo Queiroz de Lima (PE)

Dr. Erlandson Uchôa Lacerda (RR)

PLENÁRIO

Conselheiros Federais:

Dra. Rossana Santos Freitas Spiguel - CRF-AC

Dr. José Gildo da Silva - CRF-AL

Dra. Karla Regina Lopes Elias - CRF-AM

Dr. Carlos André Oeiras Sena - CRF-AP

Dr. Altamiro José dos Santos - CRF-BA

Dra. Lúcia de Fátima Sales Costa - CRF-CE

Dr. Forland Oliveira Silva - CRF-DF

Dr. Gedayaz Medeiros Pedro - CRF-ES

Dr. Jaldo de Souza Santos - CRF-GO

Dr. Fernando Luis Bacelar de Carvalho Lobato - CRF-MA

Dr. Luciano Martins Rena Silva - CRF-MG

Dra. Ângela Cristina Rodrigues Cunha Castro Lopes - CRF-MS

Dr. Edson Chigueru Taki - CRF-MT

Dr. Walter da Silva Jorge João - CRF-PB

Dr. João Samuel de Moraes Meira - CRF-PB

Dr. Carlos Eduardo de Queiroz Lima - CRF-PE

Dr. José Vilmore Silva Lopes Júnior - CRF-PI

Dr. Valmir de Santi - CRF-PR

Dra. Ana Paula de Almeida Queiroz - CRF-RJ

Dra. Lenira da Silva Costa - CRF-RN

Dra. Lérida Maria dos Santos Vieira - CRF-RO

Dr. Erlandson Uchôa Lacerda - CRF-RR

Dr. Josué Schostack - CRF-RS

Dr. Paulo Roberto Boff - CRF-SC

Dra. Vanilda Oliveira Aguiar Santana - CRF-SE

Dr. Marcelo Polacow Bisson - CRF-SP

Dr. Amilson Álvares - CRF-TO

COMISSÃO DE DIVULGAÇÃO E PUBLICIDADE:

Dr. Gustavo Baptista Éboli (RS)

Dr. Márcio Antônio da Fonseca e Silva (SP)

JORNALISTA RESPONSÁVEL:

(redação, reportagens e edição)

Aloísio Brandão

RP 1.390/07/65v/DF

Estagiário de Jornalismo: Anderson Souza

FOTO: Yosikazu Maeda

PROJETO GRÁFICO:

Kiko Nascimento - K&R Artes Gráficas

Tel: (61) 3386-5408 / (61) 8232-7424

Artigos não manifestam necessariamente a opinião da revista "Pharmacia Brasileira", e são de inteira responsabilidade dos seus autores.

PALAVRA DO PRESIDENTE

Em artigo, o Presidente do CFF, Dr. Walter Jorge João, prevê que a prescrição farmacêutica e atribuições clínicas vão para a história da profissão.

04



Dr. Walter Jorge João,
Presidente do Conselho Federal
de Farmácia (CFF).

FARMÁCIA CLÍNICA

Atribuições clínicas do farmacêutico, sim.

06



Dr. Walter Jorge João, Presidente do CFF.

ENTREVISTA COM DR. WALTER JORGE JOÃO, PRESIDENTE DO CFF

As atribuições clínicas do farmacêutico são algumas das forças mais poderosas que compõem o arsenal de recursos de que o homem dispõe para promover a saúde física e mental da humanidade. O Presidente do CFF, Walter Jorge João, fala sobre o assunto em entrevista à revista PHARMACIA BRASILEIRA.

11



Dr. Valmir de Santi,
Vice-Presidente do CFF

ARTIGO

O Vice-Presidente do CFF, Dr. Valmir de Santi, explica em artigo que, apesar de difíceis mensuração e análise, os gastos públicos com a saúde têm aumentado. Ele chama a atenção para a sinalização do Ministério da Saúde para a inclusão da farmácia clínica em várias instâncias SUS.

15

ENTREVISTA COM DR. JOSÉ MIGUEL DO NASCIMENTO JÚNIOR, DIRETOR DO DASF/MS



Dr. José Miguel do Nascimento Júnior,
Diretor do DASF/MS

O crescimento e o convencimento da assistência farmacêutica na saúde pública

O farmacêutico Dr. José Miguel do Nascimento Júnior afirma: "Não podemos avançar no SUS somente com a compreensão de que a assistência farmacêutica é somente logística".

17



Professora Zilamar Costa Fernandes: "Eu acho que deveria haver uma revisão do item das Diretrizes que trata da questão do estágio".



Diretor Secretário-Geral do CFF, José Vilmore

ARTIGO

Mais um momento crucial para a Farmácia 29

O Diretor Secretário-Geral do CFF, José Vilmore, alerta os farmacêuticos para a necessidade de assumirem os seus postos, nas farmácias, sob pena de colocarem em risco a sociedade à qual juraram servir com os seus conhecimentos. Não assumindo as suas funções, os farmacêuticos estão "delegando" o seu papel a outros profissionais não-capacitados.

ENSINO FARMACÊUTICO

DIRETRIZES CURRICULARES: necessidade de ajustes

Especialista em ensino farmacêutico, a professora Zilamar Fernandes entende que as DNCs envelheceram em alguns aspectos.

25

ENTREVISTA COM DR. MÁRIO BORGES, AUTORIDADE EM SEGURANÇA DO PACIENTE PROGRAMA NACIONAL DE SEGURANÇA DO PACIENTE: Um sopro de esperança

Em 2013, o Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). É uma ação mais enérgica para enfrentar os eventos adversos que ocorrem na assistência à saúde. Saiba mais sobre o PNSP, lendo a entrevista com o farmacêutico mineiro Mário Borges, uma das maiores autoridades brasileiras em segurança do paciente.



Dr. Mário Borges, uma das maiores autoridades brasileiras em erros de medicação: "A assistência tornou-se muito mais complexa e eletiva. Logo, mais sujeita a erros; logo, mais perigosa".

31



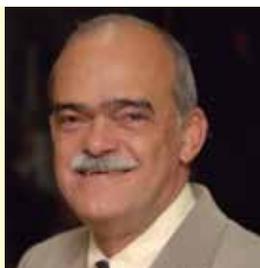
Código de Ética reformulado entra em vigor 30

ARTIGO

Qualidade de vida em doadores de sangue

Artigo assinado pelos professores de Hematologia e Citologia Clínicas da UFPB, João Samuel de Moraes Meira (aposentado), Diretor Tesoureiro do CFF, e Daniele Idalino Janebro, conclama: "A doação de sangue é essencial para a saúde pública, e a OMS preconiza que 3% da população seria o suficiente para formar um exército de doadores adequados para atender às necessidades de sangue dos hospitais, no mundo".

40



Dr. João Samuel de Moraes Meira, Diretor Tesoureiro do Conselho Federal de Farmácia e professor aposentado de Hematologia e Citologia Clínicas do Departamento de Ciências Farmacêuticas da Universidade Federal da Paraíba (UFPB).



Dra. Daniele Idalino Janebro, Professora substituta de Hematologia e Citologia Clínicas do Departamento de Ciências Farmacêuticas da UFPB.

ENTREVISTA COM DR. HIGOR GUERIM, FARMACÊUTICO ESPECIALISTA EM SAÚDE ESTÉTICA

Um mercado forte à espera do farmacêutico **45**



Farmacêutico Higor Guerim, especialista em saúde estética.



49

Dr. Josué Schostack: "Presença do farmacêutico, no serviço de farmácia hospitalar, é sinônimo de gestão, de controles e de qualificação técnica".

Um poder chamado farmácia hospitalar

Instituições públicas e privadas de qualquer setor estão, cada vez mais, submetidas a rigorosos padrões de qualidade, a protocolos e normas que lhe garantam aquilo que é uma exigência, no mundo inteiro: a qualidade. Não é diferente nos hospitais.



O Professor homenageado Tarcísio Palhano posa à porta do ambulatório farmacêutico que leva o seu nome



Farmacêutico Marcus Vinícius Silva inaugurou sua farmácia, no interior do Rio Grande do Norte, onde prestará cuidados clínicos no ambulatório que leva o nome do Professor Tarcísio Palhano

FARMÁCIA CLÍNICA: Grande exemplo na pequena Jucurutu **56**

Jucurutu (RN) entrou para a privilegiada lista de cidades onde estão se desenvolvendo experiências exitosas em cuidados clínicos farmacêuticos prestados em estabelecimentos particulares. Ali, o farmacêutico Marcus Vinícius Silva montou a sua Farmácia do Povo e do Aposentado Gadu, onde presta à população serviços baseados nas atribuições clínicas farmacêuticas. O estabelecimento conta com o Ambulatório Professor Tarcísio Palhano.



Professor Carlos Cecy representa o CFF no Fórum Permanente Mercosul para o Trabalho em Saúde

ENTREVISTA COM DR. CARLOS CECY, MEMBRO DO FÓRUM PERMANENTE MERCOSUL PARA O TRABALHO EM SAÚDE

MERCOSUL: os gargalos da regulamentação

O Mercosul avança na regulamentação do comércio e da indústria. As regras concernentes a esses setores estão praticamente concluídas. Mas o bloco continua arrastando-se para regulamentar os serviços na área da saúde. A explicação para o descompasso está, em parte, nos interesses corporativos. A análise é do farmacêutico e professor Carlos Cecy, que representa o CFF no Fórum Permanente Mercosul para o Trabalho em Saúde.

52

VÁRIAS

Teste para Aids por fluido oral será ofertado pelo SUS

O kit para realização do teste estará disponível em todas as campanhas do "Fique Sabendo", em serviços do SUS que atendem as populações vulneráveis e nas farmácias da rede pública. Esta e outras matérias estão na seção "Várias".

58



MAIS

ENCARTE DE FARMÁCIA HOSPITALAR

Nesta edição, o encarte de Farmácia Hospitalar traz como tema "Gestão de pessoas, na farmácia hospitalar, e serviços de saúde" (Parte II).

Prescrição farmacêutica e atribuições clínicas: para a história da profissão

Walter Jorge João,
Presidente do Conselho Federal de Farmácia (CFF).



Um repórter de um grande jornal perguntou-me se a prescrição farmacêutica, autorizada pelo Conselho Federal de Farmácia, por meio da Resolução Nº 586, de 29 de agosto de 2013, irá acabar com a cultura da automedicação do brasileiro. Respondi-lhe que não, assim como a prescrição médica, ao longo de décadas, também, não a reverteu. Mas enfatizei ao jornalista a minha inteira convicção de que este ato profissional contribuirá enormemente para mudar a desoladora e trágica realidade associada ao uso de medicamentos, marcada por interações medicamentosas, intoxicações e não adesão do paciente ao tratamento que, tantas vezes, resultam em volumosos casos de hospitalizações evitáveis e até em mortes, gerando transtornos aos pacientes e familiares, e impondo pesados ônus aos sistemas de saúde.

Aliás, ressalto que a FDA (a agência que regula medicamentos, nos Estados Unidos) está propondo que a regulação de MIPs (medicamentos isentos de prescrição médica) seja modificada. A Agência quer um novo processo regulatório por meio do qual ela possa reagir a novos dados sobre problemas relacionados ao uso desses produtos.

A cultura da automedicação, no Brasil, é profundamente arraigada e tem origens diversas, o que torna a sua erradicação difícil. Definir alguns medicamentos como *de venda livre* já é, por si, um indutor desta prática. O medicamento, bem social destinado à manutenção da saúde e à cura de doenças, é, ainda, tratado como mercadoria no modelo mercantilista de farmácias e drogarias que temos, no País.

Neste modelo, o produto é comercializado segue a lógica do mercado, que se utiliza de ferramentas de venda, como a propaganda. Ora! Propaganda de medicamentos nos meios de massa é um perigo brutal e as autoridades sanitárias sabem muito bem de sua nocividade. Mais: o acesso restrito da população aos sistemas público e privado de saúde (à consulta e à prescrição médica e odontológica) igualmente conduz à automedicação.

Este quadro agrava-se, se entendermos que há novas necessidades em saúde, a exemplo do envelhecimento da população, que requer o uso de mais medicamentos. Apesar de os medicamentos terem relevância em todas as faixas etárias, é entre os idosos que o seu uso é maior, porque há uma prevalência de doenças crônicas e degenerativas relacionadas ao processo de envelhecimento que, no atual contexto, é fruto da transição demográfica.

Mais de 80% dos idosos precisam tomar, no mínimo, um medicamento por dia. O uso desses produtos está intrinsecamente relacionado à manutenção de sua saúde e conseqüentemente ao aumento de sua longevidade. Mas isto, por outro lado, tem um custo: o uso simultâneo de vários fármacos predispõe à ocorrência de interações medicamentosas. Este é um enorme desafio para os farmacêuticos, e parte dele será enfrentada sob a forma de prescrição farmacêutica, uma medida adotada pelo CFF, com grande repercussão na promoção da saúde.

Esta prática terá um papel preponderante na segurança dos usuários de medicamentos e reduzi-

rá custos para os sistemas de saúde, como já ocorre, há mais de dez anos, em países desenvolvidos. Se a prescrição farmacêutica é boa para as populações e sistemas de saúde desses países, porque não seria boa para os brasileiros?

Quando, em conjunto com os profissionais e as instituições farmacêuticas de todo o País, o CFF trouxe ao debate, amplo e irrestrito, a prescrição farmacêutica e, em seguida, a regulamentou, foi por entendê-la imprescindível e inadiável. Afinal, não se pode prorrogar questões vitais, como a segurança de uma população que se automedica e, em decorrência dessa prática, sofre todo tipo de agravos em saúde. Foi uma resposta à sociedade sob a forma de cuidados farmacêuticos.

O Brasil possui 175 mil farmacêuticos. Destes, 82% estão atuando nas 80 mil farmácias e drogarias espalhadas pelo País. É tamanha a força contida na capilaridade representada por esses estabelecimentos comunitários e nos serviços prestados pelos farmacêuticos à população, sem burocracia, sem fila, sem marcação para atendimento. As autoridades sanitárias precisam entender a magnitude desta força. Infelizmente, ela não é plenamente utilizada, o que inflige pesados ônus em saúde à população, aos cofres dos sistemas e desequilibra toda a saúde.

É vexaminoso constatar o descompasso existente, no Brasil. O País que se prepara para assumir posições de destaque na economia internacional (inclusive como um dos maiores mercados farmacêuticos do mundo) é o mesmo que possui um modelo arcaico e pernicioso de farmácias. Muitas são subutilizadas como estabelecimentos de saúde e estão mais identificadas com as questões mercadológicas, deixando de contribuir com a saúde pública.

ATRIBUIÇÕES CLÍNICAS - Ao jornalista que me questionou sobre a prescrição farmacêutica, eu disse que este ato é parte de uma política muito mais complexa e vasta do Conselho Federal de Farmácia, com vistas a fortalecer as práticas clínicas profissionais. Por isto, o CFF editou, no mesmo período, a Resolução Nº 585, de 29 de agosto de 2013, que regulamenta as atribuições clínicas do farmacêutico. Elas remetem aos cuidados em saúde e ao sentido de responsabilidade social do profissional.

As atribuições clínicas do farmacêutico consolidaram-se, já, em grande parte dos países de Primeiro Mundo. No Brasil, elas passaram a reverberar, com mais intensidade, nos últimos dez anos, está se organizando como um movimento que poderá estar na vanguarda das mudanças aguardadas para a saúde e tem merecido a atenção das autoridades sanitárias.

Originária do ambiente hospitalar, a farmácia clínica, matriz da prescrição e das atribuições, chegam às farmácias particulares e nos estabelecimentos públicos, seguindo protocolos elaborados por organismos nacionais e internacionais da saúde.

A prescrição farmacêutica e as atribuições clínicas abrem novos horizontes para os farmacêuticos, para a população, a saúde e o mercado. Consolidam a filosofia de atuação profissional junto ao paciente e terão importância decisiva na consolidação da autoridade técnica do farmacêutico.

Além de regulamentar essas atividades, o CFF assumiu o papel de fomentador do conhecimento da farmácia clínica, por meio de um curso online e da criação de uma página na internet devotada exclusivamente ao setor. Ressalto que este esforço do Conselho conta com a colaboração de instituições científicas e de entidades sindicais do segmento profissional. O curso à distância, que leva o nome de "Prescrição Farmacêutica: noções gerais", será disponibilizado, no segundo semestre de 2014.

O Conselho está convencido do impacto positivo que a prescrição farmacêutica e as atribuições clínicas causarão na saúde da população, que vive o fenômeno do envelhecimento e das decorrentes doenças crônicas, como a hipertensão, o diabetes, entre outras. E que levam ao uso de medicamentos (muitas vezes, à polifarmácia) que podem desencadear vários tipos de problema.

O fenômeno da transição demográfica associado às mudanças sociais constituem gastos. E o custeio da saúde é um dos grandes desafios para os gestores do setor. Mas eles sabem que uma das chaves para a solução do problema está com os farmacêuticos. Não é exercício de futurologia, mas a prescrição farmacêutica e as atribuições clínicas do farmacêutico farão de 2013 um marco na história da profissão farmacêutica.



Atribuições clínicas do farmacêutico, sim

Pelo jornalista Aloísio Brandão,
Editor desta revista.

As atribuições clínicas do farmacêutico são uma das forças mais poderosas que compõem o arsenal de recursos de que o homem dispõe para promover a saúde física e mental da humanidade. Em grande parte dos países de Primeiro Mundo, essas atribuições já se consolidaram. No Brasil, os ecos (um pouco tardios, ressalte-se) da revolução mundial que elas desencadearam ganham novos contornos e vêm gerando uma onda de ações praticadas, ora graças ao desprendimento individual de farmacêuticos, em suas farmácias e drogarias, ora em cuidados prestados dentro das equipes multiprofissionais, em estabelecimentos públicos, seguindo protocolos elaborados por organismos nacionais e internacionais da saúde.

É a farmácia clínica abrindo horizontes e consolidando, no País, a filosofia que faz o farmacêutico aproximar-se do paciente, por meio dos seus cuidados. Esta especialidade solidifica-se como a pedra angular do processo de fortalecimento da autoridade técnica do profissional. E mais: ela poderá assumir posição estratégica na guinada histórica tão aguardada na saúde pública brasileira, além de gerar significativa economia para os cofres dos sistemas público e privado de saúde.

O CFF está realizando uma pesquisa sobre a economia que as atribuições clínicas do farmacêutico poderão causar para o SUS (Sistema Único de

Saúde). Embora esteja longe da conclusão, é possível estimar que o volume da economia passe de 20%.

O SUS vive num permanente processo de atualização e expansão. Não seria diferente, considerados o seu gigantismo e sua complexidade. O Sistema realiza, por ano, 11 milhões de internações hospitalares, 2,3 bilhões de procedimentos ambulatoriais, mais de 600 milhões de consultas médicas, cerca de 400 milhões de exames de laboratórios e 150 milhões de vacinas.

Matéria publicada no jornal *Folha de São Paulo* (digital) (<http://dinheiropublico.blogfolha.uol.com.br/2013/09/26/gasto-federal-em-saude-crescera-nos-proximos-quatro-anos-o-que-nao-cresceu-nos-ultimos-dez/>), no dia 26.09.13, intitulada “Gasto federal em saúde crescerá nos próximos quatro anos o que não cresceu nos últimos dez”, diz que, sob pressão dos parlamentares, o Planalto já concordou em aumentar gradualmente, até 2017, as despesas da União em saúde para 15% de sua receita corrente líquida (a receita anual, descontados repasses a Estados e Municípios e fontes de recursos como o PIS-Pasep).

Em 2014, o orçamento da saúde pode crescer de R\$ 92 bilhões para R\$ 98 bilhões. Quando os 15% da receita líquida forem atingidos, a verba será de R\$ 109 bilhões, em valores de 2014. É

o equivalente a 2% da renda nacional, ou seja, do Produto Interno Bruto (PIB). Do total do orçamento da Pasta da Saúde, 12,5% são alocados pelo MS com medicamentos. O Diretor do DAF (Departamento de Assistência Farmacêutica) do Ministério da Saúde, farmacêutico José Miguel do Nascimento Júnior, lembra que a Saúde passou de 5,8% do orçamento, em 2003, para 12,5%, em 2013. O mesmo aumento, lembra Dr. Miguel, foi acompanhado pelos Estados e Municípios. “O debate sobre a assistência farmacêutica ganhou destaque entre os gestores, quer seja pelo nível de investimento, quer seja pela necessidade de prover acesso. Há um interesse enorme em pactuar a assistência farmacêutica”, afirma o Diretor do DAF em entrevista à revista PHARMACIA BRASILEIRA.

O PAPEL DO CFF - O Conselho Federal de Farmácia (CFF) tem papel decisivo na consolidação da farmácia clínica. O órgão trouxe um marco a este setor, ao editar a Resolução Nº 585, de 29 de agosto de 2013, que regulamenta as atribuições clínicas do farmacêutico. A publicação da norma é o ponto alto da política que o CFF adotou, focalizada no fortalecimento da clínica, base para a prescrição farmacêutica autorizada pelo Conselho Federal em outra Resolução (a de número 586, também de 29 de agosto de 2013). As atribuições clínicas estão relacionadas aos cuidados à saúde e remetem ao sentido de responsabilidade social do farmacêutico.

OS DEBATES - As Resoluções editadas pelo órgão foram precedidas de um amplo - e democrático - debate envolvendo todas as instituições representativas do setor, coordenadores e professores de cursos de Farmácia, especialistas em Farmácia Clínica, autoridades sanitárias e outros convidados. A primeira discussão aconteceu, na **1ª Oficina Sobre Serviços Farmacêuticos em Farmácias Comunitárias**, realizada, em Brasília, em maio de 2012.

O evento levou a Brasília 40 excelências da profissão farmacêutica, entre docentes da área clínica de cursos de Farmácia e representantes de instituições científicas, sociedades científicas e associações profissionais. O Conselho quis, com o evento, produzir um pensamento que harmonizasse a opinião da maioria acerca dos cuidados clínicos e da prescrição farmacêutica.

Embora, no Brasil, o maior interesse pela farmácia clínica deu-se, nos anos 80, especialmente, na área hospitalar (nos Estados Unidos, ela teve início, na década de 60, também, no âmbito hospitalar). As atribuições clínicas constituem um vasto elenco de ações profissionais que podem ser exercidas, em todos os lugares e níveis de atenção, bem como em serviços públicos e privados (**ver a relação das atribuições ao fim desta matéria**). Quando surgiu, nos Estados Unidos, a farmácia clínica foi conceituada como área da Farmácia voltada à *ciência e prática do uso racional de medicamentos na qual os farmacêuticos prestam cuidado ao paciente, de forma a otimizar a farmacoterapia, promover saúde e bem-estar e prevenir doenças*.

Um aspecto relevante contido nos cuidados clínicos é o impacto social que ele pode gerar. Esse impacto ganha mais relevo, se forem levadas em conta questões, como a dificuldade de acesso da população brasileira aos serviços de saúde, os problemas de financiamento do setor, a carência de informações dos pacientes em saúde em geral e, em medicamentos, em especial; o uso irracional e incorreto de medicamentos.

Por outro lado, o farmacêutico, uma autoridade em medicamentos, está disponível, nas farmácias particulares, e o acesso aos seus cuidados clínicos é ágil, desburocratizado, não gera filas, não exige marcação de consulta e (ainda) não tem custos para o paciente.

Mais: com o interesse que vem tendo em aprofundar os seus conhecimentos técnicos e científicos na clínica, o farmacêutico estará mais próximo do paciente e apto a lhe prestar um vasto elenco de serviços correspondentes às suas atribuições clínicas, fato que o tornará uma força imprescindível nas saúdes pública e privada.

Responsável pela implantação do primeiro Serviço de Farmácia Clínica, no Brasil, em 1979, no Hospital Universitário Onofre Lopes (da UFRN - Universidade Federal do Rio Grande do Norte), em Natal, o professor Tarcísio Palhano, Assessor da Presidência do CFF, explica assim a clínica: “A clínica é o que move os cuidados farmacêuticos. É a sua essência”.

CFF FOMENTA A CLÍNICA - O interesse do farmacêutico brasileiro pela clínica tem no CFF o seu principal fomentador, em parceria com as instituições científicas e entidades sindicais do segmento profissional. O órgão está elaborando e disponibilizará pela Internet, no segundo semestre de 2014, o curso à distância "Prescrição Farmacêutica: noções gerais". O objetivo do Conselho é alcançar todos os farmacêuticos brasileiros interessados em atuar na área.

O CFF tem toda a convicção de que as atribuições clínicas e a prescrição farmacêutica impactarão positivamente na saúde da população, baseado nos bem-sucedidos exemplos brasileiros e nas transformações radicais que ocorreram na saúde pública de países, como Reino Unido, Austrália, Nova Zelândia, Estados Unidos e Canadá, onde os farmacêuticos exercem a prescrição, há mais de dez anos. Esta certeza está mobilizando o órgão, que trabalha em ritmo acelerado para por em marcha os projetos focados na área clínica.

PRESCRIÇÃO FARMACÊUTICA - Nesses países, as autoridades sanitárias encontraram na prescrição farmacêutica a alternativa segura para solucionar problemas de saúde relacionados ao uso de medicamentos e, também, resolver questões em seus sistemas de saúde, principalmente, os gastos descontrolados que estavam gerando prejuízos aos seus caixas.

O que aconteceu foi que o envelhecimento da população e as suas decorrentes doenças crônicas pesaram sobre os sistemas de saúde, notadamente o excepcional crescimento dos gastos com a farmacoterapia empregada nessa faixa etária. Depois de tentar várias alternativas, as autoridades daqueles Países avaliaram os benefícios da prescrição farmacêutica e concluíram que ela seria parte da solução do problema. Os governos passaram, então, a autorizar a prescrição farmacêutica sob diferentes modelos.

A prescrição surgiu como resultado de um processo desencadeado dentro dos órgãos de saúde daqueles países cujo foco estava centrado no deslocamento das ações para o paciente e para o uso apropriado do medicamento. As autoridades sanitárias buscavam melhores resultados no tratamento, mantendo as pessoas saudáveis ou com suas doenças

controladas. Foi quando nasceu a ideia de expandir para outros profissionais, inclusive o farmacêutico, as responsabilidades no manejo clínico dos pacientes, com vistas a fortalecer o cuidado.

A forma factível para se garantir o sucesso dessa experiência estava em se conceder mais atribuições aos farmacêuticos. Os governos, então, deram-lhes a autoridade para prescrever. Vale ressaltar que, nesses países, os farmacêuticos já tinham um papel importante na promoção da saúde, no manejo clínico e na revisão da farmacoterapia.

Portanto, é de se entender que a expansão das atividades clínicas, em parte, ocorreu como resposta ao fenômeno da transição demográfica e epidemiológica e suas implicações na saúde pública e nas dificuldades que os setores público e privado passaram a encontrar para garantir o financiamento do setor.

A morbimortalidade relativa às doenças e agravos não transmissíveis e à farmacoterapia tiveram um enorme crescimento, repercutindo nos sistemas de saúde, o que exigiu um novo perfil do farmacêutico. Esse conjunto de necessidades passou a cobrar um farmacêutico mais focado no cuidado direto ao paciente, na promoção do uso racional de medicamentos e de outras tecnologias em saúde. Ou seja, o profissional contemporâneo foi levado a redefinir a sua prática em conformidade com as necessidades dos pacientes, dos sistemas de saúde, do mercado.

FARMÁCIA CLÍNICA NO SUS - Se há, da parte da categoria farmacêutica, um esforço organizado, tendo à frente o CFF, com vistas a atuar na área clínica, cresce, dentro do SUS, o pensamento de que, sem os cuidados clínicos do farmacêutico, as reformas que estão sendo implantadas no Sistema não lograrão êxito.

Um nome de peso alinhado a este pensamento é o do sanitarista e professor Eugênio Vilaça Mendes. O mineiro Vilaça foi um dos idealizadores da proposta de criação do SUS, aprovada pela Constituinte que votou e aprovou a Constituição de 1988 da qual uma das pérolas é o Sistema Único de Saúde, entendido em toda a sua complexidade, com destaque para as suas funções sanitária, social e de cidadania.

Em 1990, a Lei 8080 dispôs sobre a organização do SUS, o planejamento da assistência à saúde e a articulação interfederativa do Sistema. Em 2011, o Decreto 7508 instituiu a reestruturação do Sistema e previu a implantação do modelo denominado Redes de Atenção à Saúde (RAS) no contexto dessa nova estrutura. Nas discussões sobre a nova estrutura, os cuidados clínicos farmacêuticos foram citados como “indispensáveis”. Mesmo porque o Decreto é inspirado no livro “As Redes de Atenção à Saúde”, de autoria de Vilaça.

Em seu livro, o professor e sanitarista Eugênio Vilaça é categórico, ao dizer que uma das condições para o sucesso da reestruturação do SUS é a implantação da farmácia clínica no Sistema. Para ele, o futuro dos medicamentos será de insucesso, caso a assistência farmacêutica não seja organizada. Argumenta que os gastos com o item medicamentos subirão, no mundo, inevitavelmente, por causa da transição demográfica. E não será diferente, no Brasil.

O sanitarista alerta que “em geral, o crescimento dos gastos com assistência farmacêutica supera o incremento do Produto Interno Bruto dos países, gerando problemas de financiamento”. Cita o caso do Canadá, onde o gasto com medicamentos em relação aos gastos totais de saúde subiu de 9,5%, em 1985, para 17,0%, em 2006 (CANADIAN INSTITUTE FOR HEALTH INFORMATION, 2006).

A população está vivendo mais, porém paga um preço por sua longevidade, que inclui o uso de mais medicamentos. A preocupação do sanitarista é quanto ao manejo desses produtos e com o custeio. Se o manejo continuar inadequado, os resultados serão cada vez mais danosos para a população e para os cofres dos sistemas de saúde.

Importa salientar que paralelamente aos efeitos benéficos, os problemas relacionados ao uso de medicamentos são um risco à saúde com igual gravidade que o cigarro, o álcool, o sedentarismo e outros males. Os medicamentos são considerados a quarta causa de morte prevenível, no mundo, devido à carência de acesso, à falta de efeito e aos efeitos maléficos desses produtos. Avaliações dão conta de que entre 40% e 54% dos pacientes acompanhados em farmácias comunitárias sofreram com problemas

relacionados com medicamentos. Os serviços clínicos do farmacêutico poderiam prevenir grande parte desses problemas.

Eugênio Vilaça apela para a necessidade de os gestores abandonarem o arcaico pensamento que privilegia a prevalência de esforços na organização dos ciclos logísticos do medicamento, deixando de investir na farmácia clínica. Para ele, o componente da farmácia clínica “tem sido relegado a um segundo plano, no SUS, o que determina resultados econômicos e sanitários inadequados com relação ao uso de medicamentos”. Ele qualifica essa visão da assistência farmacêutica de “fragmentada”, o que acaba por refletir na visão de toda a saúde. Mas os ventos estão virando.

LISTA DAS ATRIBUIÇÕES CLÍNICAS (Resolução Nº 585, de 29 de agosto de 2013) - São atribuições clínicas do farmacêutico relativas ao cuidado à saúde, nos âmbitos individual e coletivo:

- I. Estabelecer e conduzir uma relação de cuidado centrada no paciente;
- II. Desenvolver, em colaboração com os demais membros da equipe de saúde, ações para a promoção, proteção e recuperação da saúde, e a prevenção de doenças e de outros problemas de saúde;
- III. Participar do planejamento e da avaliação da farmacoterapia, para que o paciente utilize de forma segura os medicamentos de que necessita, nas doses, frequência, horários, vias de administração e duração adequados, contribuindo para que o mesmo tenha condições de realizar o tratamento e alcançar os objetivos terapêuticos;
- IV. Analisar a prescrição de medicamentos quanto aos aspectos legais e técnicos;
- V. Realizar intervenções farmacêuticas e emitir parecer farmacêutico a outros membros da equipe de saúde, com o propósito de auxiliar na seleção, adição, substituição, ajuste ou interrupção da farmacoterapia do paciente;

- VI. Participar e promover discussões de casos clínicos de forma integrada com os demais membros da equipe de saúde;
- VII. Prover a consulta farmacêutica em consultório farmacêutico ou em outro ambiente adequado, que garanta a privacidade do atendimento;
- VIII. Fazer a anamnese farmacêutica, bem como verificar sinais e sintomas, com o propósito de prover cuidado ao paciente;
- IX. Acessar e conhecer as informações constantes no prontuário do paciente;
- X. Organizar, interpretar e, se necessário, resumir os dados do paciente, a fim de proceder à avaliação farmacêutica;
- XI. Solicitar exames laboratoriais, no âmbito de sua competência profissional, com a finalidade de monitorar os resultados da farmacoterapia;
- XII. Avaliar resultados de exames clínico-laboratoriais do paciente, como instrumento para individualização da farmacoterapia;
- XIII. Monitorar níveis terapêuticos de medicamentos, por meio de dados de farmacocinética clínica;
- XIV. Determinar parâmetros bioquímicos e fisiológicos do paciente, para fins de acompanhamento da farmacoterapia e rastreamento em saúde;
- XV. Prevenir, identificar, avaliar e intervir nos incidentes relacionados aos medicamentos e a outros problemas relacionados à farmacoterapia;
- XVI. Identificar, avaliar e intervir nas interações medicamentosas indesejadas e clinicamente significantes;
- XVII. Elaborar o plano de cuidado farmacêutico do paciente;
- XVIII. Pactuar com o paciente e, se necessário, com outros profissionais da saúde, as ações de seu plano de cuidado;
- XIX. Realizar e registrar as intervenções farmacêuticas junto ao paciente, família, cuidadores e sociedade;
- XX. Avaliar, periodicamente, os resultados das intervenções farmacêuticas realizadas, construindo indicadores de qualidade dos serviços clínicos prestados;
- XXI. Realizar, no âmbito de sua competência profissional, administração de medicamentos ao paciente;
- XXII. Orientar e auxiliar pacientes, cuidadores e equipe de saúde quanto à administração de formas farmacêuticas, fazendo o registro destas ações, quando couber;
- XXIII. Fazer a evolução farmacêutica e registrar no prontuário do paciente;
- XXIV. Elaborar uma lista atualizada e conciliada de medicamentos em uso pelo paciente durante os processos de admissão, transferência e alta entre os serviços e níveis de atenção à saúde;
- XXV. Dar suporte ao paciente, aos cuidadores, à família e à comunidade com vistas ao processo de autocuidado, incluindo o manejo de problemas de saúde autolimitados;
- XXVI. Prescrever, conforme legislação específica, no âmbito de sua competência profissional;
- XXVII. Avaliar e acompanhar a adesão dos pacientes ao tratamento, e realizar ações para a sua promoção;
- XXVIII. Realizar ações de rastreamento em saúde, baseadas em evidências técnico-científicas e em consonância com as políticas de saúde vigentes.

A REVISTA PHARMACIA BRASILEIRA OUVIU O PRESIDENTE DO CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, WALTER JORGE JOÃO, SOBRE AS ATRIBUIÇÕES CLÍNICAS E A PRESCRIÇÃO FARMACÊUTICA. PARA ELE, O FATO DE O FARMACÊUTICO BUSCAR NA FARMÁCIA CLÍNICA RESPOSTAS PARA AS NOVAS NECESSIDADES SOCIAIS E EM SAÚDE MOSTRA O QUANTO O PROFISSIONAL TEM "ATITUDE".

QUANDO LEVOU AS ATRIBUIÇÕES CLÍNICAS E A PRESCRIÇÃO FARMACÊUTICA AO CENTRO DE UM DEBATE, EM ÂMBITO NACIONAL, O PRESIDENTE DO CFF CERCOU-SE DE TODA CAUTELA E SALIENTOU: "A PRESCRIÇÃO E AS ATRIBUIÇÕES SÓ SERÃO REGULAMENTADAS, SE REFLETIREM A VONTADE DA MAIORIA DOS FARMACÊUTICOS". DR. WALTER JORGE, ENTÃO, SAIU NUMA CRUZADA PELO PAÍS, EMPUNHANDO A BANDEIRA DA UNIÃO ENTRE OS PROFISSIONAIS E AS INSTITUIÇÕES PROFISSIONAIS PARA PREGAR OS BENEFÍCIOS DOS CUIDADOS CLÍNICOS PARA A SAÚDE DA POPULAÇÃO. VEJA A ENTREVISTA COM DR. WALTER JORGE JOÃO.



Dr. Walter Jorge João, Presidente do CFF.

REVISTA PHARMACIA BRASILEIRA - Dr. Walter, por que o CFF empenhou-se tanto em aprovar a proposta de regulamentação das atribuições clínicas do farmacêutico?

Walter Jorge João, Presidente do CFF - Porque temos plena convicção nos poderes sanitário e social das atribuições clínicas. Vários serviços clínicos prestados no âmbito da atenção à saúde já foram descritos e avaliados na literatura pertinente, a qual mostra o quanto eles impactam, de forma positiva, na melhoria da qualidade do processo de uso de medicamentos e nos resultados terapêuticos.

Baseada em estudos que avaliam a contribuição dos cuidados

profissionais nos sistemas de saúde, a mesma literatura apresenta evidências de melhores resultados clínicos no controle de problemas relacionados à segurança do tratamento medicamentoso, a exemplo do progresso no controle do diabetes, da dislipidemia e da hipertensão, além da redução da procura por serviços de emergência e do número de hospitalizações, bem como a diminuição no tempo de internação hospitalar. Outro importante dado é a diminuição dos eventos adversos relacionados a medicamentos, do índice de massa corporal e da mortalidade.

Há um estudo que revela que o acompanhamento farmacoterapêutico oferecido a 15.000

pacientes de um plano de saúde, nos Estados Unidos, resultou em melhoria significativa dos parâmetros clínicos e em economia para o plano de saúde, na medida em que, para cada dólar investido no serviço clínico, o sistema recebe entre 2,5 e 12 dólares de retorno. Nós, também, iniciaremos estudos que possam comprovar cientificamente os benefícios das atribuições clínicas em pacientes portadores de doenças crônicas.

PHARMACIA BRASILEIRA - Como o senhor explica o novo contexto da saúde, no Brasil, e os desafios que ele representa para o farmacêutico?

Walter Jorge João, Presidente do CFF - O contexto da

saúde, no mundo - e não é diferente, no Brasil - está passando por profundas mudanças. A prestação de cuidados em saúde está sendo redefinida, na tentativa de se buscar uma nova organização e divisão do trabalho. Por trás disso, estão a crise de financiamento dos sistemas de saúde e o desafio de se assegurar o acesso a esses sistemas, respeitada a questão do custo-efetividade. Os serviços farmacêuticos entram, neste contexto, como um aliado da população e dos sistemas de saúde.

As últimas décadas trouxeram transformações profundas ao setor, a começar pelo impressionante aumento da demanda de assistência à saúde, pela incorporação de tecnologias e a sustentabilidade do seu financiamento. Veja o caso do Brasil. No País, a população cresceu para mais de 200 milhões de habitantes, segundo o último censo do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), divulgado, em agosto de 2013, e as dificuldades de financiamento do setor são críticas. Por outro lado, a população está envelhecendo e, desse processo, decorre o aumento das doenças crônicas.

A transição demográfica constitui uma nova necessidade em saúde. Cerca de 80% dos idosos tem pelo menos uma doença crônica. Significa dizer que é maior a necessidade de esses pacientes usarem mais de um medicamento, sem se perder de vista a promoção do uso racional destes produtos.

Vale ressaltar que mais de 80% dos idosos utilizam, no mí-

nimo, um medicamento por dia, o que predispõe à ocorrência de interações medicamentosas e à intoxicação, por causa da diminuição das funções hepática e renal dos idosos, entre outros fatores. Aproximadamente 19% das admissões hospitalares entre pacientes idosos tem origem nos problemas relacionados ao uso de medicamentos.

Imagine, portanto, o quanto as atribuições clínicas e a prescrição farmacêutica poderão contribuir com a saúde da população, levando em conta toda esta realidade que expus.

PHARMACIA BRASILEIRA - O farmacêutico é obrigado a prescrever?

Walter Jorge João, Presidente do CFF - Ele é autorizado, mas não obrigado a prescrever. É isto o que dispõe a Resolução do CFF.

PHARMACIA BRASILEIRA - Fale sobre a relação das farmácias com os seus clientes.

Walter Jorge João, Presidente do CFF - A realidade, hoje, é muito cruel. Sessenta e quatro por cento das pessoas que vão às farmácias não procuram o farmacêutico. Infelizmente, é assim. O critério que elas adotam para decidir por um ou outro estabelecimento é o menor preço e não a busca pelo cuidado profissional.

O resultado dessa conduta completamente equivocada é que esses pacientes acabam sendo atendidos pelo balconista que, movido pelo interesse em

agregar algum ganho a mais ao seu salário, vende medicamentos, sem critério técnico e científico, deixando o paciente completamente desassistido de cuidados em saúde. Assim, esse paciente é exposto a vários riscos.

O balconista e o estabelecimento (estou me referindo às farmácias e drogarias que não prestam assistência farmacêutica) são peças de uma engrenagem perniciosa e movida pelo interesse econômico, sob o olhar, se não de aprovação, de neutralidade de todos os Poderes da República. Mas é preciso ficar claro que tudo faremos para que essa realidade não detenha o avanço da profissão farmacêutica. Os farmacêuticos estão a caminho de servir a população, e têm, para tanto, as suas atribuições clínicas e o ato da prescrição. Queremos levar mais saúde às pessoas.

A farmácia não é lugar apenas para se vender medicamento. É, antes de tudo, um estabelecimento de saúde onde as pessoas têm o direito assegurado por lei a receber cuidados clínicos farmacêuticos. Os benefícios destes cuidados são muitos e estão citados na literatura internacional.

PHARMACIA BRASILEIRA - Por que o CFF levou as propostas de regulamentação das atribuições clínicas e da prescrição a tantos debates?

Walter Jorge João, Presidente do CFF - Porque o CFF, desde que começamos a falar em atribuições clínicas e em prescrição farmacêutica, entendeu que os assuntos deveriam ser profun-



damente debatidos e somente seriam instituídas, se fossem por consenso da categoria. O CFF, em momento algum, pretendeu impor aos farmacêuticos as atribuições clínicas e a prescrição. Por isto, as Resoluções foram frutos de um amplo processo de discussões entre êuticos. Por isto, também, elas foram objetos de consultas públicas.

As atribuições clínicas e a prescrição farmacêutica não são matérias de confrontação, mas de colaboração com os outros prescritores. O processo de instituição das mesmas foi absolutamente democrático para que, desta forma, pudéssemos construir um pensamento comum que traduzisse a complexidade técnica e científica, bem como o alcance social e sanitário dessas ações. Este processo teria que refletir o pensamento da maioria.

PHARMACIA BRASILEIRA - O CFF esteve em consonância, também, com os organismos de saúde, ao debater e aprovar as

atribuições e a prescrição farmacêutica?

Walter Jorge João, Presidente do CFF - Claro. Aliás, todas as matérias aprovadas pelo nosso Plenário refletem as recomendações de organismos nacionais e internacionais de saúde. A Lei Federal Nº 8.080/90, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências, estabelece, em seus artigos 6º e 7º, “que a assistência terapêutica e farmacêutica deve ser garantida integralmente aos cidadãos brasileiros, de acordo com o princípio da integralidade de assistência”.

Noutras palavras, a Resolução Nº 586/13 está em consonância com a referida Lei Orgânica e com a Política Nacional de Assistência Farmacêutica, aprovada pela Resolução do Conselho Nacional de Saúde Nº 338/04. Ao conceituar a assistência farmacêutica, a Resolução 338/04 contempla as ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual quanto coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial com vistas à promoção do acesso e do seu uso racional.

Estamos em consonância, também, com as diretrizes da OMS (Organização Mundial da Saúde) e da FIP (Federação Farmacêutica Internacional). Essas instituições internacionais recomendam um novo papel para o farmacêutico no sistema de aten-

ção à saúde. As reuniões da OMS de Nova Delhi (1988), de Tóquio (1993), de Vancouver (1997) e de Haia (1998) discutiram o assunto.

Em Tóquio, a OMS produziu um documento histórico intitulado “Boas práticas em farmácias hospitalares e comunitárias”. O documento, publicado, em 1995, ressalta a importância do papel do farmacêutico na reorganização dos serviços de saúde. O documento especifica como missão da prática farmacêutica “promover medicamentos e outros produtos e serviços relacionados à atenção à saúde e ajudar os indivíduos e a sociedade a utilizá-los da melhor maneira possível”.

O texto acrescenta que “um serviço farmacêutico amplo compreende atividades que visem a garantir uma boa saúde e prevenção de doenças na população”. Portanto, os serviços clínicos vinculados diretamente ao paciente, à família e à comunidade estão consonantes com o que recomenda a OMS.

No Brasil, o Ministério da Saúde publicou as “Diretrizes para estruturação de farmácias no âmbito do Sistema Único de Saúde”. Esse documento apresenta os serviços farmacêuticos assistenciais ou clínicos como integrados aos serviços de saúde e prevê que eles devem garantir a efetividade, a segurança da terapêutica e sua avaliação, obtenção e difusão de informações sobre medicamentos e saúde.

Não é só. Em 2010, o Ministério da Saúde volta com duas

outras publicações em que reitera a importância dos serviços clínicos farmacêuticos no sistema público. No Caderno 25 da Atenção Básica, ao se referir às doenças respiratórias crônicas, a publicação recomenda que os serviços farmacêuticos sejam direcionados ao paciente. Cita a dispensação e o acompanhamento farmacêutico entre os serviços.

A mesma publicação menciona como atribuições comuns a todos os integrantes da equipe multiprofissional o acolhimento humanizado, a educação em saúde, a notificação ao serviço de farmacovigilância, o acompanhamento contínuo e a realização de visita domiciliar.

E mais: o Qualifar SUS prevê, em seu eixo de cuidados, “inserir a assistência farmacêutica nas práticas clínicas, visando à resolatividade das ações em saúde, otimizando os benefícios e minimizando riscos relacionados à farmacoterapia”. E olha que não falei, ainda, sobre o apelo que o sanitarista e um dos idealizadores do SUS, Eugênio Vilaça, fez, no sentido de que os gestores incluam a farmácia clínica no SUS.

PHARMACIA BRASILEIRA - Prescrição farmacêutica ou prescrição de medicamentos?

Walter Jorge João, Presidente do CFF - O termo correto é prescrição farmacêutica e não prescrição de medicamentos. Há uma distinção muito clara entre um termo e outro. A prescrição farmacêutica é um conjunto de recomendações documentadas que um farmacêutico fornece ao

paciente resultante de suas ações no cuidado em saúde. E este processo não necessariamente resulta do diagnóstico nosológico de doenças nem pressupõe a indicação do uso de medicamentos.

A prescrição farmacêutica refere-se ao ato de selecionar a conduta mais apropriada, durante a provisão de serviços. Prescrever é recomendar, é indicar algo ao paciente baseado em suas necessidades de saúde e dentro do contexto clínico. Recomendar que uma pessoa hipertensa ou diabética mude os seus hábitos de vida, incluindo em sua rotina a prática de exercícios físicos e a redução da ingestão de açúcar, gordura e sal são exemplos de ações, no campo da educação em saúde, em que o farmacêutico não prescreve medicamentos. Mas é uma prescrição farmacêutica, entendendo-a em sua complexidade e inteireza.

PHARMACIA BRASILEIRA - O senhor pode repetir a resposta que deu a um jornal, quando este lhe perguntou se a prescrição farmacêutica vai extinguir a cultura da automedicação?

Walter Jorge João, Presidente do CFF - A prescrição farmacêutica certamente não irá reverter a cultura da automedicação do brasileiro, do mesmo jeito que a prescrição médica não a reverteu. Mas a prescrição farmacêutica terá muito a contribuir para mudar o quadro relacionado ao uso de medicamentos. Este quadro é marcado por vários problemas relacionados ao uso

“As atribuições clínicas e a prescrição farmacêutica não são matérias de confrontação, mas de colaboração com os outros prescritores”

(WALTER JORGE JOÃO,
PRESIDENTE DO CFF).

de medicamentosas, como intoxicações, não adesão do paciente ao tratamento, uso irracional de medicamentos, falta de informação sobre o uso correto do medicamento e sobre saúde em geral, entre outros problemas que resultam em hospitalizações evitáveis e em mortes, gerando transtornos aos pacientes e causando prejuízos aos sistemas público e privado de saúde.



Dr. Valmir de Santi, Vice-Presidente do CFF

Custeio da saúde pública e farmácia clínica

Valmir de Santi,
Vice-Presidente do CFF.
E-mail: santivalmir@gmail.com

Não é tarefa fácil mensurar e analisar os gastos públicos com a saúde. Múltiplo e complexo, o custeio do setor é um labirinto de trânsito e compreensão complicados. Mudanças nas formas de cálculos, imprecisão de dados e outros problemas caem num imbróglio, quando se esmiúça as contas do setor. Mas uma coisa é certa: os gastos do Governo com a saúde têm aumentado, ainda que insuficientemente para atender plenamente a demanda da população. Chamo a atenção para a sinalização do Ministério da Saúde para a inclusão da farmácia clínica em várias instâncias Sistema.

Contudo, não se deve observar apenas o aumento dos recursos, mas, sim, as mudanças empreendidas no SUS (Sistema Único de Saúde), nos últimos dez anos, frutos de uma nova orientação sanitária e social. Grande parte dos programas vinculados a essa nova abordagem com que o Governo trata a área abre espaços importantes para a atuação dos farmacêuticos. Eu diria mais: muitos desses programas só lograrão êxito, se incluírem os serviços clínicos dos farmacêuticos.

A qualificação dos profissionais que atuam na saúde, como os farmacêuticos; a reorientação que o Ministério da Saúde vem fazendo, organizando a assistência farmacêutica pública em todas as instâncias, criando programas, todos eles de alto impacto sanitário e social, focalizados na facilitação do acesso da população aos medicamentos, como o *Farmácia Popular do Brasil* e *Aqui tem Farmácia Popular*; implantando e expandindo o SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência) e o Programa Saúde da Família, com foco na prevenção e na atenção básica, são alguns exemplos dos novos paradigmas do setor.

Esses programas revelam uma saúde que, aos poucos, vai abandonando o eixo paradigmático e equivocado da medicalização, das práticas estritamente curativas e avança para o fortalecimento da atenção básica que contempla a promoção e a proteção da saúde, sem deixar de buscar a prevenção.

Lembro o médico sanitário e um dos pais do projeto do SUS (Sistema Único de Saúde), Sérgio Arouca, para quem o modelo que vigorava, no País, estava

“falido”, exatamente porque estava fixado na “medicalização da vida”, segundo palavras do próprio Arouca. O saudoso sanitarista fez a seguinte declaração: “Temos que entrar no coração desse SUS desumanizado e medicalizado e resgatar a promoção da saúde”.

As novas ações ministeriais, resultantes de uma compreensão mais integral e mais social da saúde pelas autoridades sanitárias, marcham nesse sentido. Mas é preciso apressar a inserção plena dos serviços clínicos farmacêuticos na saúde pública (e, também, no sistema privado), porque esses serviços vão exatamente ao encontro dessas transformações em curso.

Para tanto, urge que a assistência farmacêutica seja estruturada, em todos os níveis – e principalmente nos Municípios, que é a ponta onde estão os cidadãos –, para que não se perca este momento positivo por que passa o setor. E faço um alerta: todas estas conquistas poderão ruir, se os cuidados farmacêuticos, prestados à luz da clínica, não forem disponibilizados aos indivíduos e à coletividade.

Outro sanitarista e par de Sérgio Arouca na construção do projeto do SUS, o dentista e professor Eugênio Vilaça, diz que é errado atribuir apenas ao item *financiamento* todas as mazelas da saúde. Alerta que aumentar os recursos, pura e simplesmente, é “fazer mais do mesmo”.

Quando eu informo, aqui, que o custeio da saúde aumentou, não estou afirmando que ele se encontra em patamares desejáveis. De forma alguma. O ideal seria que o custeio chegasse a 10% das receitas correntes brutas da União. Pelo menos esta foi a vontade popular manifestada pelo Movimento Saúde + 10.

Eu concordo com o Ex-Ministro da Saúde, José Gomes Temporão, também, sanitarista do grupo do Arouca, quando diz que o SUS tem muitos inimigos e que não é fácil detectá-los. Mas citou a judicialização da saúde como um deles. Outros inimigos, segundo Temporão, são a medicalização, que força a incorporação de tecnologias de modo acrítico, a defesa ortodoxa de uma estrutura de Estado que já não dá conta dos desafios da gestão contemporânea, a visão arraigada (e equivocada) de que saúde se confunde com assistência médica.

Aproveito para acrescentar que não adianta o Sistema ter acesso à mais moderna tecnologia e aos medicamentos do porvir, se faltar o farmacêutico para dizer como devem ser utilizados. Não adianta ter alocação de mais recursos se, no SUS, faltar o farmacêutico para garantir a aquisição, armazenamento e dispensação corretas do medicamento; para, com suas

atribuições clínicas, além de assegurar o uso correto, evitando possíveis interações, buscar a adesão do paciente ao tratamento, entre outras ações.

E, sempre, na perspectiva do uso racional dos medicamentos. É, desta forma, que os serviços clínicos farmacêuticos reduzem os problemas relacionados ao uso de medicamentos, as hospitalizações evitáveis e outros prejuízos que correm o caixa já minguido do SUS.

Um bom começo dessa estratégia já está acontecendo, em São Paulo, onde a Secretaria Municipal de Saúde publicou Portaria reconhecendo o farmacêutico como um dos prescritores dentro do SUS. A partir desse passo, o farmacêutico vai ter mais condições de exercitar seus conhecimentos em favor dos pacientes, envolvendo-se mais no acompanhamento e na intervenção sobre problemas de saúde afetos à sua capacidade e formação. Ganha a população paulistana, que terá um profissional à altura de suas necessidades.

Lembro palavras do Diretor do DAF/MS (Departamento de Assistência Farmacêutica) do Ministério da Saúde, Dr. José Miguel do Nascimento Júnior, ditas em uma entrevista à revista PHARMACIA BRASILEIRA, nesta edição. Segundo ele, “não podemos avançar no SUS somente com a compreensão de que a assistência farmacêutica é somente logística”.

Esta declaração ganha uma importância maior, porque é um representante do Ministério da Saúde reconhecendo que a assistência é mais que logística. Ela está vinculada à clínica e, por conseguinte, ao cuidado do farmacêutico prestado diretamente ao paciente. Lembremos, ainda, as ações de educador em saúde do farmacêutico, capazes de mudar hábitos de vida de pessoas diabéticas ou hipertensas, melhorando, assim, a sua qualidade de vida.

Avançamos, sim, na saúde. Mas precisamos de um Congresso mais sensível, ainda, às questões da saúde, para aprovar matérias essenciais relacionadas ao setor. Faltou exatamente sensibilidade para ouvir os clamores populares e aprovar, na íntegra, o Saúde + 10, garantindo recursos que tirariam o setor da asfixia em que se encontra.

Ainda é tímida a participação dos serviços clínicos do farmacêutico no SUS, mas programas de alto alcance sanitário e social estão sendo implementados, com vistas a abrir portas para a inclusão da farmácia clínica no Sistema. Não se está pedindo nada demais, nem se faz, aqui, apologia ao corporativismo. Os serviços farmacêuticos são uma das vigas-mestras do conjunto da saúde. Sem eles, o sistema desmorona-se.



Dr. José Miguel do Nascimento Júnior, Diretor do DASF/MS

O crescimento e o convencimento da assistência farmacêutica na saúde pública

Pelo jornalista Aloísio Brandão,
Editor desta revista.

O processo de inclusão da assistência farmacêutica na saúde pública, com foco na farmácia clínica, está deixando a morosidade para imprimir um ritmo mais acelerado ao seu movimento. O novo desempenho tem a ver com a criação do DAF (Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde - DAF/MS). O órgão vê a farmácia clínica como condição

para consubstanciar as transformações em curso no SUS (Sistema Único de Saúde). “Não podemos avançar no SUS apenas com a compreensão de que a assistência farmacêutica é somente logística”, afirma o Diretor do DAF/MS, Dr. José Miguel do Nascimento Júnior, farmacêutico.

Em entrevista à revista PHARMACIA BRASILEIRA, José Miguel reforça que “a assistência farma-

ENTREVISTA

COM DR. JOSÉ MIGUEL DO NASCIMENTO JÚNIOR,
DIRETOR DO DASF/MS

cêutica é transversal às políticas públicas de saúde e visa a proporcionar aos usuários um atendimento integral, seja por meio do acesso e qualidade dos produtos farmacêuticos, seja em termos do processo de atenção à saúde, com garantia da continuidade do cuidado”.

Ele acrescenta ser fundamental que a assistência farmacêutica na atenção básica esteja estruturada para atingir esse propósito. “Neste contexto, é imprescindível que os serviços de gestão e cuidado farmacêutico estejam claramente incorporados como um componente essencial nas políticas farmacêuticas locais”, pede o Diretor do DAF/MS. Lembra que a estruturação da assistência farmacêutica no SUS adquiriu a condição de estratégia para o aumento e a qualificação do acesso da população aos medicamentos.

Nesta entrevista, Dr. José Miguel do Nascimento Júnior ressalta a importância que a assistência farmacêutica adquiriu no contexto da saúde pública. Resultado disto, de acordo com ele, é que, “hoje,

no SUS, não se fala mais em *dispensário* e, sim, em farmácias; não se fala ou se escreve *profissional habilitado* e, sim, farmacêutico”.

O debate sobre assistência farmacêutica, segundo o dirigente do DAF/MS, ganhou destaque entre os gestores, quer seja pelo nível de investimento, quer pela necessidade de prover o acesso. “Há um interesse enorme em pactuar a assistência farmacêutica”, garante José Miguel.

Graduado em Farmácia Bioquímica pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), especialista e mestre em Saúde Pública pela mesma instituição, Dr. José Miguel é membro do Conselho Gestor do Programa Farmácia Popular do Brasil, tem experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em assistência farmacêutica. Foi Presidente do Conselho Regional de Farmácia de Santa Catarina, nos anos de 1989, 2003 a 2009 e Professor da Universidade do Vale do Itajaí (SC), de 1995 a 2012. VEJA A ENTREVISTA COM O FARMACÊUTICO JOSÉ MIGUEL DO NASCIMENTO JÚNIOR, DIRETOR DO DAF/MS.

PHARMACIA BRASILEIRA
- Dr. Miguel, a saúde pública passa por ajustes, com vistas a reforçar o princípio da “Saúde para todos” que norteia o SUS (Sistema Único de Saúde). Vários projetos estão em discussão; outros, em curso, como o Redes de Atenção à Saúde, e há toda uma expectativa de que o Sistema incorpore mais serviços farmacêuticos, inclusive na área clínica. Como o senhor explica a nova saúde que está sendo construída? E que papel ela reserva ao farmacêutico?

Farmacêutico José Miguel do Nascimento Júnior, Diretor do DAF/MS - A inserção da assis-

tência farmacêutica na Rede de Atenção à Saúde, por meio da clínica farmacêutica nos pontos de atenção à saúde, abriga serviços de orientação do uso racional de medicamentos, com a finalidade de obter resultado concreto na efetividade do tratamento, visando a atingir objetivos terapêuticos desejados.

A clínica farmacêutica desenvolve-se em um contexto de atividade interdisciplinar da equipe de saúde, interface necessária para a garantia da integralidade do cuidado em saúde. Essa prática exigirá do farmacêutico a capacitação profissional e a perseverança, com o objetivo

de atuar em serviços de saúde que estão sendo reestruturados e em sistemas informatizados de gestão da assistência farmacêutica, com apoio da gestão local. Já mostramos nosso valor na gestão. Agora, chegou o momento de contribuirmos com o cuidado às pessoas. Tenho convicção de que faremos muito bem este novo papel.

PHARMACIA BRASILEIRA - A atenção básica e a promoção à saúde são os eixos da nova saúde coletiva. As práticas clínicas e a gestão, ambas prestadas pelo farmacêutico, estão contempladas nesses eixos?



“Não podemos avançar no SUS somente com a compreensão de que a assistência farmacêutica é somente logística”

(Dr. José Miguel do Nascimento Júnior, Diretor do DASF/MS).

Farmacêutico José Miguel do Nascimento Júnior - A atenção básica, caracterizada por um conjunto de ações de saúde nos âmbitos individual e coletivo, abrange não somente a promoção à saúde e a proteção da saúde, mas também a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde. Deve ser desenvolvida, por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, sob a forma de trabalho em equipe, e dirigidas a populações de territórios definidos.

A assistência farmacêutica é transversal às políticas públicas de saúde, e visa a proporcionar aos usuários um atendimento integral, seja por meio do acesso e qualidade dos produtos farmacêuticos, seja em termos do processo de atenção à saúde, com garantia da continuidade do cuidado.

Portanto, é fundamental que a assistência farmacêutica na atenção básica esteja estruturada para atingir esse propósito. Neste contexto, é imprescindível que os serviços de gestão e cuidado farmacêutico estejam claramente incorporados como um componente essencial nas políticas farmacêuticas locais.

Assim, o DAF vem buscando fortalecer as atividades intersetoriais conjuntamente com outras áreas do Ministério da Saúde e em especial com o Departamento de Atenção Básica. Esse é um debate importante e contínuo que estamos fazendo no MS. Não podemos avançar no SUS somente com a compreensão de que a assistência farmacêutica é apenas logística.

Nas redes, estamos presentes nos pontos de atenção, fazendo promoção da saúde, promoção do uso racional de medicamentos; atuando, de modo articulado, com as equipes de saúde. A clínica farmacêutica se destaca, nesse contexto, e vem sendo compreendida pelos demais atores políticos do SUS.

PHARMACIA BRASILEIRA - O Ministério da Saúde está satisfeito com a participação dos farmacêuticos nos programas “Aqui,

tem Farmácia Popular” e “Farmácia Popular”?

Farmacêutico José Miguel do Nascimento Júnior - Creio que, de uma forma geral, a ampliação do número de farmácias e drogarias com farmacêuticos presentes e as práticas de atenção farmacêutica desenvolvidas, em algumas delas, demonstram que a luta pela farmácia enquanto estabelecimento de saúde deve ser uma das nossas grandes bandeiras.

Se observarmos os avanços obtidos, seja do ponto de vista da atualização de normas, seja pela capacitação do profissional farmacêutico para atuar nesta área, fica evidente que trilhamos um caminho correto. Muito há por se fazer, mas não podemos negar que muito foi feito.

As entidades representativas da categoria, bem como a Anvisa e o MS, possuem, ainda, desafios em prol dos usuários dos medicamentos, os quais tenho certeza de que serão atingidos. Neste sentido, o Programa Farmácia Popular e seus estabelecimentos credenciados não podem ser vistos de forma isolada desta ação maior. A busca da qualificação dos serviços prestados pelas farmácias e drogarias parceiras do

ENTREVISTA

COM DR. JOSÉ MIGUEL DO NASCIMENTO JÚNIOR,
DIRETOR DO DASF/MS

“O debate da assistência farmacêutica ganhou destaque entre os gestores, quer seja pelo nível de investimento, quer seja pela necessidade de prover acesso”

(DR. JOSÉ MIGUEL DO NASCIMENTO JÚNIOR, DIRETOR DO DASF/MS).

Programa Farmácia Popular é necessária.

Hoje, são mais de 6 milhões de brasileiros atendidos mensalmente nas mais de 30.000 unidades parceiras. É um potencial enorme para que os farmacêuticos desenvolvam sua prática clínica. São pacientes que retornam, todos os meses, em busca de seus medicamentos. Vejo que, ainda, é muito tímida a atuação clínica do farmacêutico. É um trabalho que precisa ser registrado, publicado. Seus resultados devem ser divulgados para que sejam conhecidos, avaliados e, se de boa qualidade, serem utilizados como parâmetros. Precisamos ultrapassar a relação comercial de parceiro. A introdução de serviços deve ser discutida. Este é um belo desafio que temos.

PHARMACIA BRASILEIRA - Quando o senhor imagina que a inserção do farmacêutico no SUS estará definitivamente efetivada? O que falta para a conclusão do processo de inserção total? Cerca de 80% das unidades de dispensação de medicamentos do SUS não contam, ainda, com a participação de farmacêuticos.

Farmacêutico José Miguel do Nascimento Júnior - A inser-

ção do farmacêutico no SUS já é uma realidade. Ele está atuando na vigilância sanitária, nas análises clínicas, na gestão da assistência farmacêutica e na dispensação, além de outras áreas (vigilância epidemiológica, planejamento, auditoria, educação em saúde etc.).

A visão de que haverá um ato tripartite que torne obrigatório que as unidades de saúde contem com farmacêuticos é um processo em construção, em virtude de não ter na lei federal esta obrigatoriedade, de forma explícita. Por outro lado, muito já andamos. Veja: hoje, no SUS, não se fala mais em “dispensário” e, sim, farmácias; não se fala ou se escreve “profissional habilitado” e, sim, farmacêutico.

Foram passos grandiosos que culminaram com o reconhecimento do farmacêutico no SUS. Creio que se levarmos o debate por esse lado - o da obrigatoriedade - afastaremos os gestores. Mais vale um grande exemplo a ser mostrado do que o discurso da obrigatoriedade. Aqui, no DAF, estamos investindo pesado na formação dos farmacêuticos, para melhorar a gestão nos Municípios e Estados. O Hórus e o Qualifar-SUS têm um papel fun-

damental neste caminho. São ferramentas e oportunidades que os profissionais devem conhecer e utilizar em prol das comunidades e de sua profissão.

Temos como prioridade em nossa gestão a capacitação dos recursos humanos da assistência farmacêutica. Vimos fazendo investimentos continuados neste campo. Foram diversas oportunidades. Com profissionais capacitados para atuarem no SUS, os resultados de sua intervenção serão melhor qualificados e, aí, o reconhecimento virá.

PHARMACIA BRASILEIRA - Fale sobre os critérios (o pacto de gestão entre União, Estados e Municípios é um deles) adotados para o financiamento da assistência farmacêutica, em cada um dos seus componentes. Qual o nível de interesse dos Municípios em pactuar, com vistas a organizar as suas assistências? Ressalte-se que o Governo Lula quase quintuplicou o volume de recursos destinados ao setor.

Farmacêutico José Miguel do Nascimento Júnior - Houve um incremento importante no investimento do MS com medicamentos. Passamos de 5,8% do orçamento, em 2003, para 12,5%, em 2013. Este mesmo aumento foi acompanhado nos níveis municipais e estaduais. O debate da assistência farmacêutica ganhou destaque entre os gestores, quer seja pelo nível de investimento, quer seja pela necessidade de prover acesso. Há um interesse

enorme em pactuar a assistência farmacêutica.

A cada pactuação, elevamos o patamar de compromissos dos gestores. Seja ele no financiamento, seja nas responsabilidades. Um grande benefício foi a criação do DAF, em 2003, pelo fato de dar ao MS e ao SUS uma área específica de coordenação da Política de Assistência Farmacêutica. Com ela, avançamos muito. Contribuímos para a Política de Recursos Humanos do SUS, para a Política do Complexo Industrial em Saúde, para a Política de Atenção Básica. Hoje, o DAF está maduro e reconhecido interna e externamente.

PHARMACIA BRASILEIRA - O Qualifar-SUS é vinculado ao Brasil Sem Miséria por uma questão de orientação político-social do programa. Que resultados o Qualifar-SUS tem apresentado, nos Municípios mais carentes?

Farmacêutico José Miguel do Nascimento Júnior - O Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica - Qualifar-SUS -, instituído pela Portaria 1214, de 14 de junho de 2012, tem por finalidade contribuir para o processo de aprimoramento, implementação e integração sistêmica das atividades da assistência farmacêutica nas ações e serviços de saúde, visando a uma atenção contínua, integral, segura responsável e humanizada.

O programa está estruturado em quatro eixos, dentre estes, o

Eixo Estrutura, que visa a contribuir para a estruturação dos serviços farmacêuticos no Sistema Único de Saúde (SUS), de modo que estes sejam compatíveis com as atividades desenvolvidas na assistência farmacêutica.

Por meio do Eixo Estrutura, são direcionados recursos financeiros para a aquisição de mobiliários e equipamentos necessários à estruturação das Centrais de Abastecimento Farmacêutico, à organização das farmácias no âmbito da atenção básica e à manutenção dos serviços farmacêuticos. Ou seja, esse eixo tem propiciado aos Municípios habilitados ao Programa Qualifar-SUS os recursos financeiros e o apoio técnico imprescindíveis ao desenvolvimento de uma política de assistência farmacêutica de qualidade.

O Município de Itapeva, localizado no Estado de São Paulo, com aproximadamente 87.000 habitantes, relatou a experiência na 1ª Oficina Nacional do Programa, realizado, em agosto de 2013, na cidade de Brasília. Antes do Programa, o Município apresentava dificuldades na gestão e na estruturação da assistência farmacêutica.

Após o recebimento dos recursos do Qualifar-SUS, foi viabilizada a informatização da assistência farmacêutica e a implantação do Hórus em toda rede de saúde, proporcionando uma programação de medicamentos adequada às necessidades do Município e o uso dos

recursos financeiros de forma apropriada.

As farmácias da Atenção Básica receberam mobiliários e equipamentos. Ainda com os recursos do Ministério da Saúde, foram realizadas aquisição de uniforme para a equipe, adequação de estrutura física nas farmácias e a garantia de educação continuada para toda equipe da assistência farmacêutica. Muitos outros exemplos podem ser citados. O Qualifar-SUS tem revolucionado. Ele faz parte da pauta estratégica da Diretoria do Conasems. Isso é uma vitória importante.

PHARMACIA BRASILEIRA - O CFF apoia integralmente os esforços do DAF/MS, com vistas a expandir o Qualifar-SUS. Tanto que o CFF pediu apoio, nesse sentido, ao Conselho Nacional de Saúde. É possível ampliar o programa a um universo maior de Municípios?

Farmacêutico José Miguel do Nascimento Júnior - O Qualifar-SUS - Eixo Estrutura habilitou, no primeiro ano do Programa, 453 Municípios. Em 2013, novos 453 Municípios foram contemplados com recursos de investimento e custeio, totalizando 906 Municípios habilitados. Na programação de 2014, teremos um incremento de 30% no número Municípios habilitados, totalizando 70% de habilitação dos Municípios contemplados no Plano Brasil Sem Miséria - com até 100 mil habilitantes.

Há perspectivas de ampliação do programa. Entretanto, precisamos garantir resultados concretos, nos Municípios já habilitados, e a destinação de orçamento para esta ação. Sobre orçamento, este é um debate difícil, devido à restrição orçamentária e às diversas políticas e programas do MS. Precisamos dar visibilidade ao Qualifar-SUS e divulgar seus resultados positivos. Isto tem que repercutir internamente no MS e no Congresso Nacional onde o orçamento é decidido.

PHARMACIA BRASILEIRA - O senhor dirige o Departamento de Assistência Farmacêutica do Ministério da Saúde, há cinco anos. Quais os principais avanços e transformações que aconteceram, na assistência farmacêutica brasileira, nesse período?

Farmacêutico José Miguel

1. A concepção do Hórus e sua implantação. O modo como cuidamos dele; a capilaridade que atingimos proporcionou uma visibilidade ao DAF nunca antes atingida. Foi muito intensa a articulação técnica e política que fizemos para angariar o apoio dos Conasems e Conass, dos Secretários (as) Municipais de Saúde, dos Cosems de todo o Brasil.
2. O Qualifar-SUS foi a oportunidade que precisávamos para agrupar as atividades que o DAF vem desenvolvendo, ao longo dos últimos anos. Os quatro eixos nos permitiram que focássemos nossas ações em áreas prioritárias e, ao mesmo tempo, ter uma marca forte que dialoga bem interna e externamen-

do Nascimento Júnior - O debate sobre a assistência farmacêutica constituído nas Conferências e Conselhos de Saúde, bem como nos processos de pactuação com o Conass (Conselho Nacional de Secretários de Saúde) e o Conasems (Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde), tem dado respostas à sociedade brasileira na ampliação do acesso aos medicamentos e na estruturação dos serviços farmacêuticos. Nos últimos anos, a estruturação da assistência farmacêutica no Sistema Único de Saúde vem sendo considerada uma estratégia para o aumento e a qualificação do acesso da população aos medicamentos.

Tive a oportunidade de gerir o DAF, quando a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (Resolução 338/2004, do Conselho Nacional de Saúde) já tinha sido definida. Seus princípios e

eixos estratégicos me movem, todos os dias, e dão a orientação técnico-política. Contar com a competência, compromisso e comprometimento dos coordenadores gerais do DAF (Luiz Henrique Costa, Marco Aurélio Pereira, Karen Sarmiento Costa e Rodrigo Fernandes Alexandre) fizeram a diferença, nesse período. Minha caminhada foi mais leve com eles ao meu lado.

Devo muito, também, às ações estruturantes que os Ex-Diretores do DAF (Norberto Rech, Dirceu Barbano e Manoel Roberto dos Santos) deixaram. Vejo como uma continuidade progressiva. Muitas coisas que estamos fazendo, hoje, não seriam possíveis, antes. O amadurecimento do debate com o Conass, o Conasems e o Controle Social possibilitou os avanços que estamos vendo.

Alguns processos/projetos marcaram a gestão, quais sejam:

1. Hoje, o Qualifar-SUS atingiu um nível de conhecimento igual ao Hórus. Isto é muito bom.
3. O Programa Farmácia Popular, com a ampliação do acesso que vem atingindo; a resposta e articulação com o Plano Brasil Sem Miséria; sua contribuição na redução das internações por asma, hipertensão e diabetes; a capilaridade da rede para o interior do Brasil. Desta forma, mostra-se um dos Programas mais bem avaliados pela população. A Presidenta Dilma tem conversado constantemente com a população sobre os resultados do Programa e ampliando compromissos. Ganha a sociedade, ganha o SUS e ganha a profissão.

4. A estruturação do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, em 2009, foi um salto na gestão do SUS. Mobilizamos nossa inteligência e capacidade de negociação interna e externa para garantir uma profunda mudança. Definimos responsabilidades pelo financiamento, pela gestão e diminuimos a judicialização. Uma obra que, hoje, é reconhecida por todos os gestores do SUS e que proporcionou, nos últimos quatro anos, grande economia de recursos orçamentários para o SUS e que teve a capacidade de ampliar acesso aos medicamentos alocados nesse Componente.
5. A definição do Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos foi outra agenda importante que ajudamos a construir. Hoje, o DAF coordena o Comitê Nacional de uma política que é intersetorial. São 11 órgãos do Governo e 11 da Sociedade. Muita pactuação dentro do Governo com o monitoramento do Comitê tem levado a alterações no marco regulatório para atender as especificidades da cadeia produtiva; tem buscado valorizar o conhecimento tradicional; temos apoiado e articulado a cadeia produtiva, por meio de arranjos produtivos locais. Esta é uma agenda que proporcionou o reconhecimento e inserção dos fitoterápicos no SUS. Algo impensado, no passado recente. Além disso, estamos incentivando 23 projetos de Arranjos Produtivos Locais, em todas as regiões do País, e apoiando 24 localidades para a estruturação da Assistência Farmacêutica em Plantas Medicinais e Fitoterápicos.
6. Nos próximos meses, apresentaremos os primeiros resultados da PNAUM (Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos), no Brasil, que vai nos dar um panorama real do impacto dos investimentos do Ministério da Saúde para o acesso a medicamentos para os brasileiros. Além de termos dados sobre o acesso, vamos saber, também, como os brasileiros estão utilizando seus medicamentos, identificando as formas e as fontes de obtenção de medicamentos incluídos o SUS, as farmácias privadas e o Programa Farmácia Popular. Na primeira etapa da pesquisa, que começou, em setembro, nossos entrevistadores visitaram domicílios, em todo o País; entrevistando mais de 38 mil pessoas. Ainda no primeiro semestre, iniciaremos a segunda fase da pesquisa, avaliando os serviços de assistência farmacêutica prestados na atenção básica. Visitaremos um total de 245 Municípios distribuídos nas cinco regiões brasileiras. Vejo como um processo avaliativo de nossa política. É o povo falando do que lhe atende e do que precisamos aprimorar. Teremos um insumo essencial ao planejamento das ações da assistência farmacêutica no SUS.
7. No final do mês de janeiro, estivemos na Campus Party, considerado o maior evento de tecnologia do mundo, lançando o MedSUS, um aplicativo para tablet e celulares que traz a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename). Nosso foco são os prescritores, dispensadores, demais profissionais da equipe de saúde e gestores. Queremos que o aplicativo seja um instrumento racionalizador das ações de assistência à saúde e de gestão. O MedSUS vai trazer mais eficácia na gestão dos recursos para aquisição de medicamentos e mais qualidade nas prescrições médicas.

ENTREVISTA

COM DR. JOSÉ MIGUEL DO NASCIMENTO JÚNIOR,
DIRETOR DO DASF/MS

PHARMACIA BRASILEIRA
- O senhor, representantes do Conselho Federal de Farmácia e da Sociedade Brasileira de Farmácia Hospitalar (Sbrafh) estão à frente do trabalho de elaboração de uma contraproposta à proposta apresentada pela Ebserh (Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares) para a questão da farmácia hospitalar. A Ebserh quer a divisão da farmácia, ficando, de um lado, a farmácia clínica isolada. Do outro lado, ligada ao setor de suprimentos e vinculada à gerência administrativa, ficariam a farmácia de dispensação e a CAF (Central de Abastecimento Farmacêutico), mas separadas uma da outra. A alternativa proposta pelo senhor, o CFF e a Sbrafh é manter as áreas clínica e administrativa juntas e ligadas a uma mesma subordinação. Além das questões logísticas e clínicas, a alternativa contempla o ensino farmacêutico, ali dentro. Por que é importante manter juntas as unidades da farmácia hospitalar?

Farmacêutico José Miguel do Nascimento Júnior - O DAF vem desenvolvendo um conjunto de ações no campo da farmácia hospitalar. Inicialmente, montamos um Grupo de Trabalho que produziu uma proposta que culminou pactuada com o Conass e o Conasems, que veio revogar a

Portaria 316/76. Construimos as diretrizes e estratégias de fortalecimento da farmácia hospitalar, no Brasil (Portaria GM nº 4.283 de 30/12/2010), fizemos um fórum específico para conhecer as experiências farmacêuticas e dos hospitais.

Foi um evento maravilhoso, rico em conteúdo e um espaço de diálogo. Muitos profissionais conheceram-se no Fórum e, até hoje, vem trocando experiências. Nossa função, aqui, é oportunizar os espaços de diálogo. Fico feliz com que tenhamos construído o intangível: uma relação de confiança e de companheirismo entre os militantes da farmácia hospitalar.

Custo de construir pontes entre as pessoas. Via que tinha, neste tema, um amplo espaço de construção e muitas vozes oprimidas. Isso me motiva. Quando tomei conhecimento da proposta da Diretoria da Ebserh, vi que ela contrariava aquilo que estávamos construindo, ou seja, regulamos que a farmácia hospitalar é integrada e a proposta buscava dividi-la.

Não havia sentido, ali. Busquei articulação interna no MS e fizemos repercutir na Ebserh nossa preocupação. A partir da Nota Técnica DAF, envolvemos o Mi-



nistro Padilha, que foi fundamental na vitória obtida. A experiência mostra que quando se somam as forças, atingir os objetivos fica mais fácil. Um grande trabalho articulado com CFF, Sbrafh e MS.

Os colegas do nosso GT foram fundamentais na argumentação técnica. Todos estão de parabéns, pois pensar um hospital apenas como um local de produção de serviços, sem pensar que ele é fonte de conhecimento, não atingiremos o nível de excelência que outros países já atingiram na área hospitalar.

DIRETRIZES CURRICULARES: necessidade de ajustes

- ESPECIALISTA EM ENSINO FARMACÊUTICO ENTENDE QUE AS DNCs APRESENTAM ENVELHECIMENTO EM ALGUNS DOS SEUS ASPECTOS. INSTITUIÇÕES DE ENSINO, POR OUTRO LADO, NÃO CONSEGUIRAM COMPREENDER E CUMPRIR AS DIRETRIZES.



Professora Zilamar Costa Fernandes, Assessora da Presidência do CFF para assuntos ligados à educação farmacêutica: “Eu acho que deveria haver uma revisão do item das Diretrizes que trata da questão do estágio”.

As Diretrizes Curriculares Nacionais (DNCs) instituídas, em 2002, pelo Ministério da Educação, por meio da Resolução CNE/CES 02/02, com o objetivo de oferecer competências e habilidades para o exercício da profissão farmacêutica, envelheceram em alguns aspectos e carecem de urgente atualização. O estágio é um dos itens mais problemáticos. A observação é da farmacêutica Zilamar Costa Fernandes que, há mais de dez anos, estuda o comportamento do ensino farmacêutico brasileiro. Assessora da Presidência do Conselho Federal de Farmácia para assuntos ligados à educação e Coordenadora da Comissão Assessora de Educação Farmacêutica do CFF (CAEF), Zilamar é professora aposentada de Farmacotécnica Homeopática da Faculdade de Farmácia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e de Síntese de Fármacos no curso de pós-graduação da mesma Universidade.

“Embora representem um avanço para o ensino farmacêutico, as Diretrizes envelheceram em alguns aspectos e continuam não sendo cumpridas em outros”, avalia a professora Zilamar Fernandes. Paralelamente a isso, há, fora das Diretrizes, outra situação que concorre para descompassar as mudanças propostas por esse conjunto de normas: a dificuldade que grande parte dos cursos de Farmácia tem para absorver a sua filosofia. Daí, nascem outros problemas.

ESTÁGIO - A desatualização dentro das DNCs, explica a especialista, tem origem no dinamismo próprio do setor de saúde, em especial do segmento farmacêutico, responsável por gerar transformações significativas nas práticas profissionais. Um dos pontos que carecem de atualização é o estágio.

As DNCs definem que o estágio para os estudantes de Farmácia devem corresponder a 20% da carga horária total dos cursos. Para Zilamar Fernandes, esta recomendação é importante, por condicionar um tempo para a disciplina, mas as Diretrizes não refletem a qualidade do estágio, em muitas instituições de ensino. A Assessora do CFF explica:



“O objetivo dos 20% é assegurar uma integração entre o ensino e o serviço, com qualidade, de forma a possibilitar o exercício profissional seguro, mas não é o que vem acontecendo”.

Muitos cursos até destinam a percentagem estipulada pelas Diretrizes, mas, denuncia Zilamar Fernandes, o que vários deles fazem é uma verdadeira burla. “Muitas instituições de ensino buscam parcerias fictícias com instituições de saúde, e outras sequer fazem a supervisão docente do estágio, deixando o aluno sem orientação, sem acompanhamento algum”, revela a professora.

Ela atribui à referida conduta de muitas instituições de ensino e à frouxidão de outras o fato de o estágio estar perdendo o sentido de importância como indutor

da interação do acadêmico de Farmácia com a realidade profissional. A especialista faz, ainda, a seguinte denuncia: “Muitos cursos tratam os 20% da carga horária destinada ao estágio apenas como um meio para tornar-se regular junto ao MEC”.

CONTEÚDO – A não preconização de um percentual de abrangência de conteúdo nas diferentes áreas profissionais (Análises Clínicas, Alimentos e Medicamentos) é outro aspecto das Diretrizes que sofreu um processo de envelhecimento, de acordo com Zilamar Fernandes. Ela explica: “O que acontece é que a grande maioria dos cursos tem de 3% a 10%, no máximo, de conteúdos referentes à área de Alimentos. Há instituições que possuem apenas uma disciplina

nesta área e, quase sempre, Bromatologia. As Análises Clínicas, também, possuem um percentual muito aquém do desejável. A verdade é que o conteúdo está concentrado no eixo principal da profissão, que é o Medicamento”.

As Diretrizes preconizam que, embora haja o eixo principal, exista uma interface entre Alimentos e Medicamentos, de forma transversal. Por exemplo, a Microbiologia, que é obrigatória em todos os cursos, poderia ser aplicada aos Alimentos, às Análises Clínicas e ao Medicamento, de forma integrada.

“É preciso que haja um diálogo entre os conteúdos das diferentes áreas, mas muitas instituições de ensino não absorveram isto e continuam agindo, baseadas no modelo anterior. Aí, para cumprir a carga de 4000 horas determinada pela Resolução CNE número 02 de fevereiro de 2002, que cria as Diretrizes, as instituições desequilibram a harmonia que deveria existir entre os conteúdos, à medida que contemplam uma ou outra área”, acrescenta Zilamar Fernandes.

A conduta de muitas instituições de ensino, comenta a professora, tem origem na flexibilização prevista nas Diretrizes. Ou seja, as DNCs deram aos cursos a liberdade para definir os seus próprios projetos pedagógicos, “mas muitos usam muito mal a liberdade”, lamenta. A professora Zilamar Fernandes lembra que as Diretrizes não determinam, por exemplo, quais são as disciplinas

ENSINO FARMACÊUTICO

nas específicas para a formação. Apenas indicam as competências e habilidades, deixando o curso livre para elaborar a sua matriz curricular, o que, muitas vezes, implica na subutilização ou quase exclusão de alguns conteúdos.

INTERDISCIPLINARIDADE – Onze anos depois de publicadas as DNCs, outras mudanças previstas não foram implantadas por grande parte dos cursos de Farmácia, a exemplo da interdisciplinaridade, da integração entre áreas e da aproximação entre o ensino e as realidades profissional e social.

Zilamar Fernandes aponta a utilização, por muitos professores, da metodologia tradicional, que não prevê a integração entre áreas, como responsável pela resistência às mudanças. “É muito necessário que os professores pro-

movam a integração entre áreas, para que se instale, no ensino, a prática da interdisciplinaridade, tão útil para o farmacêutico, ao longo de sua vida profissional”, apelou a especialista em ensino farmacêutico.

Em muitos cursos, o ensino de Farmacologia, por exemplo, é estanque e, por conseguinte, não dialoga com a Fisiologia, a Patologia, a Farmacovigilância, a Epidemiologia e mesmo com as disciplinas da área das Análises Clínicas. “O que estamos observando, em muitos cursos, é a Farmacologia sendo ministrada apenas como o ensino de grupos de fármacos e suas funções”, lamenta Zilamar Fernandes.

Ela volta a falar do estágio: “Em muitos cursos, o estágio só é oferecido, no sétimo semestre, quando o ideal é que ele se

inicie, já no terceiro semestre. É inconcebível que o acadêmico de Farmácia tome contato com a experiência prática, com três anos e meio de curso”, recomenda a professora que pediu, ainda, que o ensino contemple o Sistema Único de Saúde (SUS), o trabalho em equipe e a atenção à saúde.

Mas, ainda que reconheça problemas relacionados às Diretrizes, Zilamar Fernandes tem um entendimento de que as DNCs são “avançadas” em sua perspectiva de promover transformações no ensino. A assessora do CFF pontifica que parte dos problemas está localizada nas instituições de ensino – “são dificuldades, em sua maioria, concentradas na gestão”, diagnostica - e que estas devem empregar todos os esforços, no sentido de compreender e cumpri-las.

Como mudar?

- A REVISTA PHARMACIA BRASILEIRA FEZ DUAS PERGUNTAS À PROFESSORA ZILAMAR FERNANDES, COM O OBJETIVO DE SABER DELA AS ALTERNATIVAS QUE ELA PROPÕE PARA ATUALIZAR AS DIRETRIZES. VEJA AS PERGUNTAS.

Professora Zilamar Costa Fernandes: “As Diretrizes não são tão rigorosas”.



ENSINO FARMACÊUTICO

“Quanto à liberdade que as DNCs dão às instituições de ensino para que definam os seus projetos pedagógicos, gerou um equívoco, no sentido de que muitas confundem a liberdade com o direito de estruturar cursos de baixa qualidade”

[ASSESSORA DA PRESIDÊNCIA DO CFF PARA ASSUNTOS DA EDUCAÇÃO FARMACÊUTICA].

PHARMACIA BRASILEIRA - Professora, a senhora observa que as Diretrizes Curriculares desatualizaram-se em alguns aspectos. Um deles é o estágio. As DNCs não criaram um parâmetro de qualidade para os estágios. O outro aspecto é a liberdade concedida pelas DNCs aos cursos de Farmácia, com o objetivo de que eles definam os seus próprios projetos pedagógicos. Mas, segundo a senhora, muitos usam mal essa liberdade. Que mudanças a senhora propõe para as Diretrizes, com vistas a corrigir essas distorções?

Professora Zilamar Costa Fernandes - Eu acho que deveria haver uma revisão do item das Diretrizes que trata da questão do estágio, para garantir, não só o seu percentual de tempo em relação à carga horária do curso, mas também para definir as suas áreas de abrangência e um percentual mínimo para o desenvolvimento dessas áreas. Desta forma, as Diretrizes contemplariam a questão da qualidade do estágio. Sei de casos de um estudante de Farmácia que não teve uma boa formação teórica e prática em Alimentos, porque o seu curso possuía uma matriz curricular concentrada em medicamentos e Análises Clínicas. Depois de formado, essa pessoa foi convidada para atuar em uma indústria de alimentos de grande porte e, aí, ele experimentou um grande fracasso profissional, por sua incapacitação na área (a de Alimentos). Resultado: esse novo farmacêutico não pode assumir o cargo para o qual foi convidado.

Vale ressaltar que esta é uma situação de grande fragilidade para o ensino. E este caso não é raro. Pelo contrário, é muito comum até que, em uma região, um curso ofereça uma formação mais voltada para o seu mercado, negligenciando o ensino em outras áreas. Isto mostra que a formação generalista preconizada pelas Diretrizes não está acontecendo, de fato.

Quanto à liberdade que as DNCs dão às instituições de ensino para que definam os seus projetos pedagógicos, gerou um equívoco, no sentido de que muitas confundem a liberdade com o direito de estruturar cursos de baixa qualidade. Elas se detêm a

atender apenas certos pontos que sabem que o sistema de avaliação do Ministério da Educação exige para os procedimentos de autorização e reconhecimento para o seu funcionamento. Agem assim, movidas apenas pela necessidade de ficarem regulares com o MEC.

Essas instituições não estão preocupadas em atender a outras recomendações das Diretrizes, como a interdisciplinaridade, a capacitação de professores para metodologias ativas, gestão integrada aos serviços etc.; não estão interessadas em formar farmacêuticos qualificados e cidadão para a sociedade, dotados de capacidade crítica. Mas como os professores e coordenadores desses cursos podem formar cidadãos com espírito crítico, se eles próprios, tão arcaicos e retrógrados, não são nem um pouco críticos?

PHARMACIA BRASILEIRA - São as instituições de ensino que não conseguem entender e cumprir a filosofia e as propostas das Diretrizes Curriculares, ou as DNCs que são rigorosas demais e não podem ser seguidas?

Professora Zilamar Costa Fernandes - Realmente, é a filosofia das Diretrizes que não é entendida, em sua plenitude, pelas instituições de ensino. As DNCs não são tão rigorosas. A flexibilização para a definição do projeto pedagógico é um exemplo de que elas (as Diretrizes) não são tão rigorosas. Mas se flexibilizam, por um lado, por outro lado, elas têm a expectativa de que os cursos ofereçam um ensino moderno, humanístico e de qualidade.

Em verdade, muitos cursos são acomodados. Eles não buscam compreender e cumprir estas Diretrizes, como não compreenderiam nem cumpririam outras Diretrizes, se estas houvessem.

“Em verdade, muitos cursos são acomodados. Eles não buscam compreender e cumprir estas Diretrizes, como não compreenderiam nem cumpririam outras Diretrizes, se estas houvessem”

[ASSESSORA DA PRESIDÊNCIA DO CFF PARA ASSUNTOS DA EDUCAÇÃO FARMACÊUTICA].

Mais um momento crucial para a Farmácia

José Vilmore Silva Lopes Júnior,
Diretor Secretário-Geral do Conselho Federal de Farmácia.
E-mail: vilmore@ig.com.br



Dr. José Vilmore: O farmacêutico não pode delegar, por omissão, a outros profissionais sem nenhuma capacitação ou com meia formação o seu relevante papel junto à sociedade.

A profissão farmacêutica tem evoluído, nestas duas últimas décadas, período em que a sociedade brasileira passou, também, por muitas transformações. A melhoria da renda e o estímulo do consumo têm demonstrado, na farmácia, um lado perigoso para a população. Tratando o medicamento como um bem qualquer e não como um insumo à saúde, temos visto crescer, no Brasil, o número de internações por intoxicações medicamentosas em níveis que nunca havíamos detectado.

O aumento da renda, invariavelmente, vem acompanhado do aumento da oferta de alimentos e da mudança para um estilo de vida mais sedentário que conseqüentemente leva à obesidade e a todos os problemas que esta acarreta: aumento dos casos de diabetes, hipertensão, dislipidemias, entre outros.

Outro fator de mudança é o envelhecimento populacional, até então, inédito, em nosso País, e, com o aumento da expectativa de vida, doenças, até então, pouco prevalentes, começam a se tornar endêmicas. São elas o Alzheimer, Parkinson, osteoporose, câncer e diversos outros problemas resultantes de doenças crônico-degenerativas.

Todo este quadro que se forma leva a um aumento do consumo de medicamentos que, se não acompanhado de informações para o uso correto e racional, conduz ao aumento dos casos de internação por intoxicações a outros problemas relacionados ao uso de medicamentos (PRMs).

O farmacêutico tem um papel imprescindível na melhoria da qualidade de vida da população, na prestação de serviços de saúde, tais como o acompanhamento de pacientes diabéticos, hipertensos, dislipêmicos e principalmente na orientação do uso correto de cada medicamento adquirido, para observar os riscos de interações e das falhas de tratamentos por abandono destes. O farmacêutico tem que focar não mais no medicamento, mas no cuidado ao paciente.

Este cuidado ao paciente tem no farmacêutico o principal agente, por diversos motivos. Ele é o profissional de saúde mais acessível e mais próximo da população. É o último profissional do setor na linha do cuidado, antes da intervenção medicamentosa, com possibilidade de, se detectados problemas, realizar alguma intervenção. Mas é um profissional que tem de sair da passividade burocrática e assumir esta função a qual, até o presente momento, é de sua exclusividade.

Não podemos mais ser omissos e delegar, por esta omissão, a outros profissionais sem nenhuma capacitação, como no caso de vendedores (balconistas), ou com meia formação, como no caso de dos técnicos, o nosso relevante papel junto à sociedade, sob pena de colocarmos em risco esta sociedade à qual juramos servir com os nossos conhecimentos.

Código de Ética reformulado entra em vigor



Farmacêuticos de todo o Brasil têm novas normativas éticas a seguir em sua conduta cotidiana de trabalho e em favor do zelo pela saúde. Foi publicada, no dia 25 de março de 2014, no “Diário Oficial da União”, a Resolução nº 596/2014, que reformula os Códigos de Ética Farmacêutica e de Processo Ético, e estabelece as infrações e regras de aplicação das sanções disciplinares. A matéria foi Aprovada na Reunião Plenária do CFF de fevereiro de 2014. A resolução atualizou o Código anterior, que esteve em vigência por quase dez anos, e tornou a legislação mais objetiva, favorecendo uma maior padronização nos julgamentos.

A nova Resolução congrega conteúdos normativos de outras cinco resoluções. São elas as de números 160/82, 231/91, 417/04, 418/04 e 461/07. Todas elas foram revogadas. Uma inovação é a adequação das normativas ao momento atual. O Código atualizado disciplina, por exemplo, a conduta do farmacêutico nos mais diferentes meios de comunicação, incluindo as redes sociais, como *Twitter* e *Facebook*. Atitudes que ferem as normas éticas, mesmo no mundo virtual, agora, são passíveis de punição.

Para tornar a normativa mais justa e objetiva, além de, como foi citado, favorecer uma maior padronização nos julgamentos, as infrações foram vinculadas às penalidades. Para cada conduta foi definida uma pena a ser aplicada. Portanto, dois profissionais que cometem a mesma infração ética terão idêntica punição, ainda que pertençam a CRFs diferentes.

As infrações continuam a obedecer à gradação prevista na Lei nº 3820/60, de criação dos Conselhos. Foram classificadas entre leves, moderadas e graves. O andamento processual, também, se tornará mais célere com a nova legislação, pois os prazos foram

padronizados. Um dispositivo legal foi incluído para garantir que os processos tramitem dentro dos prazos previstos, a fim de evitar a prescrição da infração. “Um exemplo é a cláusula que prevê a redistribuição da Relatoria”, comenta Gustavo Beraldo Fabrício, Consultor Jurídico do CFF.

PARTICIPAÇÃO DEMOCRÁTICA - Para o Presidente do CFF, Walter Jorge João, a maior vantagem do novo Código é o fato de ele ter sido elaborado, de forma democrática e participativa. A proposta de resolução foi colocada em consulta pública por duas vezes e todos os Conselhos Regionais de Farmácia (CRFs) puderam dar sua contribuição. “Importante frisar que buscamos um processo de construção democrático, mas com responsabilidade”, comenta Walter Jorge João. O novo Código de Ética Farmacêutica respeita todos os dispositivos legais vigentes, como a Constituição Federal e a Lei nº 6838/80, que dispõe sobre o prazo prescricional para a punibilidade de profissional liberal, por falta sujeita a processo disciplinar.

A aplicação da Resolução nº 596/2014 caberá aos Conselhos Regionais de Farmácia, em primeira instância, e ao CFF, em grau de recurso. Para a elaboração da normativa, foi considerada a experiência do Plenário do CFF no julgamento dos processos éticos em grau recursal. O Conselho contou, também, com a colaboração do promotor Diaulas Costa Ribeiro, do Ministério Público do Distrito Federal (MP-DF), especializado na área de Saúde. “Foi um trabalho árduo, mas compensador. Que a nova normativa seja, de fato, uma ferramenta para a promoção de uma atuação farmacêutica ética, voltada para o bem-estar da população. E, ainda, que sirva como instrumento protetor aos profissionais cumpridores dos seus deveres”, finaliza o Presidente do CFF.

Fonte: Comunicação Social do CFF.

PROGRAMA NACIONAL DE SEGURANÇA DO PACIENTE: Um sopro de esperança

Jornalista Aloísio Brandão,
Editor desta revista.



- EM 2013, O MINISTÉRIO DA SAÚDE INSTITUIU O PROGRAMA NACIONAL DE SEGURANÇA DO PACIENTE (PNSP). É UMA AÇÃO MAIS ENÉRGICA, COM VISTAS A ENFRENTAR O GRAVE PROBLEMA DOS EVENTOS ADVERSOS QUE OCORREM NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE. OBJETIVO DO PNSP É QUALIFICAR O CUIDADO, EM TODOS OS ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE BRASILEIROS PÚBLICOS E PRIVADOS.

“O cuidado à saúde que, antes, era simples, menos efetivo e relativamente seguro, passou a ser mais complexo, mais efetivo, porém potencialmente perigoso”. As palavras, que aparentemente trazem uma flagrante contradição, são do médico e pesquisador inglês Cyril Chantler e ajudam a definir a gravidade e complexidade da segurança do paciente, no mundo, com o peso de um postulado. O Dr. Chantler é Diretor do *Great Ormond Street Hospital*, uma das maiores instituições hospitalares pediátricas do mundo, e um dedicado estudioso dos resultados dos tratamentos dos pacientes. A necessidade de se garantir segurança ao paciente já foi objeto de preocupação, há 2.500 anos. Hipócrates (460 a 370 a.C) advertiu: “*Primum non nocere*” (*Primeiro, não cause o dano*). O que levou o pai da Medicina a cunhar a frase? A certeza de que o cuidado poderia, sim, causar algum prejuízo a quem o recebe. Os alertas de Hipócrates e de Cyril Chantler são separados apenas pelo tempo, mas trazem a mesma verdade. O Ministério da Saúde, em 2013, adotou uma ação mais efetiva no enfrentamento do problema, com a instituição do Programa Nacional de Segurança do Paciente.

As duas frases não devem soar como efeito. A insegurança do paciente é algo grave, preocupante e entrou para as estatísticas como uma das maiores causas de morte, no mundo. Também, chamado de evento adverso, o problema matou cerca de 100 mil pessoas em hospitais, nos Estados Unidos, nos anos 1990 (é uma taxa de mortalidade superior às causadas pelo HIV, câncer de mama ou atropelamento) e representou gastos anuais estimados entre US\$ 17 e 29 bilhões. Dez por cento, em média, dos pacientes internados, em vários países - inclusive no Brasil - sofrem algum tipo de evento adverso, sendo que destes 50% são evitáveis.

É tão grave a questão dos danos gerados pelos cuidados que a OMS (Organização Mundial da Saúde) criou, em 2004, a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente cujo objetivo é reduzir os riscos e abrandar os eventos adversos. Para tanto, adotou ações globais das quais as prioritárias são reduzir a infecção associada ao cuidado em saúde, por meio da campanha de higienização das mãos, e promover uma cirurgia mais segura, por meio de uma lista de verificação antes, durante e depois do procedimen-

to. Evitar erros de medicação também se inclui entre as ações da OMS.

PNSP - Em 2013, o Ministério da Saúde brasileiro partiu para enfrentar mais incisivamente o problema, ao instituir o Programa Nacional de Segurança do Paciente, por meio da Portaria GM/MS número 529/13. O objetivo do Programa é qualificar o cuidado, em todos os estabelecimentos de saúde brasileiros públicos e privados. “O grau de complexidade que o cuidado de saúde atingiu não deixa mais espaço para uma gestão de saúde não profissionalizada”, justifica o documento referência para o programa. O PNSP já definiu eixos e protocolos.

FARMACÊUTICOS NO CIPNSP - O Conselho Federal de Farmácia tem assento no Comitê de Implementação do Programa Nacional de Segurança do Paciente (CIPNSP). Representado pelos farmacêuticos Tarcísio Palhano, Assessor da Presidência, e Josélia Frade, integrante da Assessoria Técnica do órgão, o CFF integra, no Comitê, os subgrupos de Qualificação e Capacitação cujas ações viabilizaram a participação de farmacêuticos num programa de treinamento, no Hospital Albert Einstein, em São Paulo.

O programa, denominado “Capacitação em Assistência Farmacêutica com Profissionais do SUS”, tem carga horária presencial de 16 horas e utiliza a metodologia da simulação realística. Foram oferecidas 80 vagas com duas turmas de 40 participantes. A primeira turma realizou o curso, nos dias 9 a 10 de outubro de 2013, e a segunda, nos dias 12 e 13 de dezembro do mesmo ano. O objetivo é fornecer subsídios para o gerenciamento do sistema e dos processos de administração de fármacos aos pacientes, bem como para a análise dos processos de qualidade e segurança na administração de fármacos, em ambiente hospitalar.

O CFF está representado nos subgrupos de Editoração e Publicação, Evento Adverso Relacionado à Assistência e Capacitação e Qualificação. Ressalte-se a participação do Conselho na revisão dos protocolos para a Prevenção de quedas, Identificação do paciente, Segurança na prescrição, Uso e administração de medicamentos, Cirurgia segura, Prática de higiene das mãos em serviços de saúde e para a prevenção de

úlceras por pressão (<http://www.anvisa.gov.br/hotsite/segurancadopaciente/publicacoes.html>).

Tarcísio Palhano foi o responsável pela implantação do primeiro serviço de farmácia clínica e do primeiro CIM (Centro de Informação sobre Medicamentos), no Brasil, sediados no então Hospital das Clínicas, hoje, Hospital Universitário Onofre Lopes, em Natal, pertencente à Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Durante 12 anos, ele dirigiu a farmácia daquela instituição hospitalar. Dr. Tarcísio Palhano faz uma recomendação clássica: “O ato de dispensação é uma prerrogativa inalienável do farmacêutico. Para fazer isso, com qualidade e respaldo técnico que o ato impõe, é preciso que ele analise a prescrição. Esta análise possibilita que se identifique e se evite erros”.

Já a Dra. José Frade é farmacêutica pela Universidade Federal de Ouro Preto. Tem mestrado em Ciências da Saúde pela Fiocruz e em Atenção Farmacêutica pela Universidade de Granada (Espanha). É, ainda, especialista em Saúde Coletiva e em Farmácia Clínica pela Universidade do Chile, e em doenças respiratórias.

ERROS DE MEDICAÇÃO MAIS COMUNS - O professor Tarcísio Palhano observa que um dos erros mais comuns tem origem na letra, muitas vezes ilegível, do médico prescritor, o que dá margem a confusões quanto aos nomes dos medicamentos. Exemplos de erros citados por Palhano com nomes de princípios ativos são Clorpromazina e Clorpropamida; com nomes comerciais, Flagyl e Plasil, Tricocel e Tricocet. “Uma má interpretação de uma grafia ruim pode levar à dispensação de medicamentos com indicações completamente distintas”, alerta.

A busca da segurança do paciente, ressalta Tarcísio Palhano, é prioridade para o Conselho Federal de Farmácia e demais organizações farmacêuticas. Tanto que foi tema de quatro mesas-redondas do “IX Congresso Brasileiro de Farmácia Hospitalar”, realizado, de 14 a 16 de novembro de 2013, em São Paulo, com o apoio do CFF.

As mesas-redondas tiveram as seguintes abordagens: “Programa Nacional de Segurança do Paciente: como estimular as notificações pelos estabelecimentos de saúde?”, “Uso racional de medicamentos

para a promoção da segurança do paciente: políticas públicas e papel do farmacêutico”, “Protocolo brasileiro de uso seguro de medicamentos e Rede argentina de monitorização de segurança no uso de medicamentos” e “Ensaio clínico: desenvolvimento de produtos e segurança do paciente”.

ASSISTÊNCIA É SUJEITA A ERROS - O farmacêutico mineiro Mário Borges, uma das maiores autoridades brasileiras em segurança do paciente, desfaz a aparente contradição no postulado do Dr. Cyril Chantler. Borges explica: “A assistência ao paciente, há tempos, era prestada geralmente por um só médico, que usava poucos medicamentos, pedia poucos exames e era, de forma geral, menos efetiva. As novas tecnologias em saúde foram sendo incorporadas (novos medicamentos, exames e procedimentos invasivos, equipamentos de última geração e outros) à assistência que, também, passou a contar com outros profissionais. Por isto, a assistência tornou-se muito mais complexa e efetiva. Logo, mais sujeita a erros; logo, mais perigosa”.

De acordo com Borges, a expectativa de vida da população aumentou e diminuiu muito a mortalidade, “mas os erros aumentaram, porque toda essa nova tecnologia não é isenta de danos”, realçou. Pelo contrário, continua o especialista, ela é plena de riscos.

A revista PHARMACIA BRASILEIRA entrevistou o Dr. Mário Borges. Ele atua na Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG) e coordena a Comissão de Segurança Assistencial e Hospitalar do Hospital João XXIII, da Fundação. Mestre em Epidemiologia e especialista em Farmácia Hospitalar, ele é, ainda, doutor pela Faculdade de Medicina da UFMG (Universidade Federal de Minas Gerais) e pela *School of Pharmacy da University of London (Centre for Medication Safety and Service Quality)* e Presidente do Instituto para Práticas Seguras no Uso de Medicamentos (ISMP Brasil). Integra, na condição de notório saber em erros de medicação, o Comitê de Implementação do Programa Nacional de Segurança do Paciente (CIPNSP), do Ministério da Saúde.

VEJA A ENTREVISTA.



Farmacêutico Mário Borges, uma das maiores autoridades brasileiras em erros de medicação: "A assistência tornou-se muito mais complexa e efetiva. Logo, mais sujeita a erros; logo, mais perigosa".

PHARMACIA BRASILEIRA - Dr. Mário Borges, o senhor foi convidado pelo Ministério da Saúde, por seu notório saber em erros de medicação, para participar do Comitê de Implementação do Programa Nacional de Segurança do Paciente. O que se pode esperar do Programa?

Mário Borges - O lançamento do Programa Nacional de Segurança do Paciente, no dia 1º de abril de 2013, pelo Ministro da Saúde, foi muito importante e oportuno, pois é sabido que os eventos adversos ocorridos na assistência à saúde mostram frequência elevada, podem lesar e até matar pacientes, além de levar ao desperdício de recursos financeiros destinados ao sistema de saúde.

O assunto segurança do paciente já vinha sendo discutido, há mais tempo, pelo Ministério da Saúde, Anvisa (Agência Nacional de Vigilância Sanitária), Fio-cruz (Fundação Oswaldo Cruz), ISMP Brasil (Instituto para Práticas Seguras no Uso de Medicamentos), Rebraensp (Rede Brasi-

leira de Enfermagem e Segurança do Paciente) e outras instituições.

O lançamento do programa veio tornar oficial o engajamento do Governo Federal, no sentido de melhorar a segurança da assistência à saúde. Já foram publicadas portarias ministeriais e resoluções da Anvisa, além de fornecimento de material educativo. Acredito que o programa irá melhorar a qualidade e a segurança do serviço prestado nos estabelecimentos de saúde, reduzirá o sofrimento de pacientes e dos próprios profissionais da saúde e economizará recursos financeiros.

Sugiro o acesso ao hotsite da Anvisa <http://www.anvisa.gov.br/hotsite/segurancadopaciente/index.html>, pois, nele, há bastante material de apoio e legislação sobre o assunto, além dos protocolos completos a serem adotados. Tudo vai auxiliar bastante no entendimento do papel do farmacêutico na melhoria da segurança do paciente.

É importante ler com atenção a RDC 36, de 25 de julho de

2013, que institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde. Esta RDC tem definições de termos em segurança, determina a criação dos Núcleos de Segurança do Paciente (NSP) em todos os serviços de saúde, define as competências do NSP, bem como as responsabilidades da direção dos serviços de saúde para a criação dos núcleos.

É importante, ainda, acrescentar que os NSP terão que desenvolver várias atividades. Podemos citar algumas delas, como: elaborar, implantar, divulgar e manter atualizado o plano de segurança do paciente no serviço de saúde, além de outras tarefas a serem executadas. Outro aspecto importante a ser visto na RDC 36 é que os NSP deverão notificar mensalmente os eventos adversos que ocorrerem nos serviços de saúde para a Anvisa.

Existem prazos a serem cumpridos e sugiro leitura cuidadosa da RDC em questão. Como a RDC 36 foi publicada, em julho de 2013, a Anvisa irá cobrar o que está determinado para a

direção dos serviços de saúde e NSP, nos prazos estipulados e, desta maneira, é muito importante que todos tomem conhecimento das exigências contidas na RDC 36/2013.

PHARMACIA BRASILEIRA

- Entre os problemas que geram situação de insegurança para o paciente, os erros de medicação são os que oferecem mais riscos à saúde? Quais os principais erros? E que outras situações geram insegurança?

Mário Borges - De forma geral, os erros de medicação representam 30% de todos os eventos adversos que acontecem quando o paciente é atendido nos estabelecimentos de saúde. É importante destacar que a maioria das pesquisas feitas sobre eventos adversos é feita em hospitais e os erros de medicação estão, quase sempre, entre as três principais causas desses eventos. As pesquisas feitas sobre o tema em ambulatórios e farmácias comunitárias são em menor número, mas vêm aumentando ultimamente, e mostram que a frequência de erros é alta; nesses locais “não hospitalares”, normalmente a principal causa de eventos adversos são os erros de medicação.

Os erros que ocorrem na assistência à saúde são diversos e os mais comuns são: erro de diagnóstico, quedas, erros de medicação, úlceras por pressão, problemas na identificação dos pacientes, erros de comunicação entre os profissionais da saúde e outros.

“Os eventos adversos ocorridos na assistência à saúde mostram frequência elevada, podem lesar e até matar pacientes, além de levar ao desperdício de recursos financeiros destinados ao sistema de saúde”

(FARMACÊUTICO MÁRIO BORGES).

PHARMACIA BRASILEIRA - O que são erros de medicação e quais as suas principais causas?

Mário Borges - Uma definição aceita pela Organização Mundial da Saúde é a seguinte: erros de medicação são quaisquer eventos evitáveis que, de fato ou potencialmente, possam levar ao uso inadequado de medicamento, quando o medicamento encontra-se sob o controle de profissionais da saúde, do paciente ou do consumidor, podendo ou não provocar dano ao paciente. Os erros de medicação podem ser relacionados à prática profissional, aos produtos usados na área da saúde, procedimentos, problemas de comunicação, incluindo prescrição, rótulos, embalagens, nomes, preparação, dispensação, distribuição, administração, educação, monitoramento e uso de medicamentos. Simplificando, erros de medicação ocorrem, quando existe algum tipo de falha no ciclo de utilização do medicamento.

É importante ressaltar que os erros de medicação são passíveis de prevenção e podem acontecer sem a interveniência de profissionais do setor, quando, por exemplo, um paciente toma

medicamentos por conta própria. Neste caso específico, o próprio paciente provocou um erro de medicação.

As principais causas desses erros são o desconhecimento sobre medicamentos e acerca do paciente que vai recebê-los. Existem outras causas, também, relevantes, como comunicação entre os profissionais na prescrição, dispensação e administração; semelhança de nomes, rótulos e embalagens de medicamentos; falta de condições adequadas para que o ciclo de utilização dos medicamentos aconteça, falta de educação permanente sobre o tema, ausência de normas e procedimentos operacionais padrão, falta de envolvimento do paciente, familiares e cuidadores.

PHARMACIA BRASILEIRA - Que profissionais da saúde cometem erros de medicação? E quais são os erros mais significativos praticados pelos profissionais?

Mário Borges - De forma geral, os erros são multiprofissionais, multifatoriais e passíveis de prevenção. Assim, não se pode dizer que profissionais mais cometem erros. Eis um exemplo, para ilustrar melhor esta *multipro-*



Dr. Mário Borges

fissionalidade dos erros: um médico prescreve um medicamento, de forma incompleta, pouco legível e confusa. Essa prescrição vai para a farmácia e é interpretada e dispensada para o profissional da enfermagem. Então, este administra o medicamento e o paciente tem um dano grave.

Neste caso, todos os profissionais erraram, começando pelo médico, que prescreveu, de forma inadequada; o farmacêutico, que deveria ter retornado a prescrição para averiguação e não ter interpretado ou adivinhado, como acontece muito, em hospitais, ambulatórios e farmácias comunitárias; o enfermeiro que, também, deveria ter verificado e questionado qualquer dúvida acerca da prescrição, antes de administrar o medicamento.

Os erros que mais aparecem na mídia são, geralmente, os relacionados à administração de medicamentos e mostram os pro-

“Uma questão, também, importante é que o mercado de trabalho está se abrindo para profissionais que têm conhecimento e experiência com segurança do paciente e segurança no uso de medicamentos”

(FARMACÊUTICO MÁRIO BORGES).

fissionais da Enfermagem como aqueles que erram mais. Esta situação não reflete a realidade e é uma injustiça com os enfermeiros, pois os erros são, em sua maioria, multiprofissionais.

Já o mais significativo que ocorre, e que pode gerar graves danos aos pacientes, é o erro na dose dos medicamentos e, geralmente, na fase da prescrição. Entretanto, como já foi citado, o farmacêutico deve rever as prescrições que recebe e o enfermeiro, da mesma maneira, deve dirimir qualquer dúvida que tenha.

PHARMACIA BRASILEIRA - Há quase dez anos, a PHARMACIA BRASILEIRA o entrevistou para uma matéria sobre erros de medicação. Que avaliação o senhor faz desses problemas, ao longo deste período? Apesar de não haver, no Brasil, dados estatísticos sobre o tema, é possível dizer se os erros aumentaram ou diminuíram em quantidade e em gravidade?

Mário Borges - Desde aquela entrevista de 2005, acredito que avançamos muito no estudo e prevenção dos erros de medicação. Várias pesquisas foram feitas, em hospitais brasileiros; a rede de hospitais sentinela da

Anvisa fortaleceu-se, ao longo desses anos; o gerenciamento de riscos desenvolveu-se muito e foi implantado em parte dos hospitais. O movimento de acreditação de serviços de saúde, também, avançou bastante e já temos várias instituições acreditadas, no Brasil, criando condições para que os pacientes tenham uma assistência mais segura.

O Ministério da Saúde está revendo a contratualização com os serviços de saúde do SUS (próprios e conveniados) e existem propostas de que pagamentos, a partir de 2014, sejam feitos, tomando em conta não somente os procedimentos realizados, mas também os resultados desses procedimentos. Ou seja, a qualidade e a segurança passam a fazer parte das exigências para o pagamento dos serviços prestados.

O próprio lançamento do Programa Nacional de Segurança do Paciente pode ser citado como um grande avanço. Acredito que estamos no caminho certo, mas o sucesso do Programa vai depender do envolvimento dos governos estaduais e municipais, secretários de Saúde estaduais e municipais, vigilâncias sanitárias de todos os níveis, estabelecimentos da saúde e,

principalmente, dos profissionais da saúde que estão na ponta do sistema, prestando assistência aos pacientes. Creio que a frequência atual dos erros de medicação é menor do que há dez, pelos avanços que tivemos, mas esta afirmação não está baseada em pesquisas.

PHARMACIA BRASILEIRA - Pode citar o número de mortes e de agravamento do estado de saúde de pessoas hospitalizadas devido aos erros de medicação?

Mário Borges - Infelizmente, não temos estatísticas de mortes por erros de medicação, no Brasil. Podemos citar estatísticas dos Estados Unidos, onde se estima que existam por volta de 100.000 mortes por ano relacionadas à assistência e, dentre esses erros, por volta de 7.000 mortes por ano são relacionadas a medicamentos. Acredito que, no Brasil, tenhamos números semelhantes ou superiores, mas, como já foi dito, não temos, ainda, estatísticas confiáveis sobre o assunto.

PHARMACIA BRASILEIRA - Quanto se gasta, no Brasil, devido aos erros de medicação?

Mário Borges - Não temos, também, um levantamento fidedigno sobre os gastos com erros de medicação no Brasil, mas podemos verificar dados de outros países. Os Estados Unidos da América, Reino Unido e Espanha, por exemplo, estimam gastos da ordem de bilhões de dólares com erros de medicamentos, todos os anos. Provavelmente, os gastos com erros

de medicação, no Brasil, sejam maiores do que os de países desenvolvidos, devido às deficiências próprias do sistema de saúde brasileiro.

PHARMACIA BRASILEIRA - O senhor é o Presidente do Instituto para Práticas Seguras no Uso de Medicamentos (ISMP-Brasil). A entidade realizou, em abril de 2014, em Ouro Preto (MG), o “I Congresso Internacional sobre Segurança do Paciente ISMP Brasil” e “V Fórum Internacional sobre Segurança do Paciente: Erros de Medicação”. O que ficou desses eventos?

Mário Borges - O ISMP Brasil já organizou quatro fóruns internacionais sobre segurança do paciente, no Brasil. À medida que esses fóruns foram acontecendo, a importância do assunto e o número de participantes foram aumentando, e foi uma evolução natural organizar o “I Congresso Internacional do ISMP” sobre o tema. Esperamos muito do “I Congresso Internacional sobre Segurança do Paciente ISMP Brasil” e “V Fórum Internacional sobre Segurança do Paciente: Erros de Medicação”, pois, além dos avanços já mencionados, como a criação do Programa Nacional de Segurança do Paciente e o maior engajamento dos profissionais da saúde, tivemos um debate bastante rico sobre que medidas são mais efetivas para melhorar a segurança dos pacientes.

Uma questão, também, importante é que o mercado de trabalho está se abrindo para profissionais que têm conhecimento

e experiência com segurança do paciente e segurança no uso de medicamentos. Foi, portanto, uma chance importante de absorver conhecimentos sobre o tema. Houve no evento número expressivo de palestrantes do exterior e brasileiros debatendo, sob diversos ângulos, a segurança do paciente. Tivemos, ainda, o “Prêmio Michel Cohen melhorando a segurança do paciente” para os três melhores trabalhos completos inscritos no evento.

PHARMACIA BRASILEIRA - O Ministério da Saúde e a Anvisa apoiaram o “I Congresso Internacional do ISMP” e, inclusive, realizaram uma reunião do CIPNSP, dentro do evento. O que isso significa?

Mário Borges - Isto traduz a importância do Congresso e revela o reconhecimento das autoridades sanitárias brasileiras ao evento. Lá, estiveram representadas as mais importantes organizações do setor de saúde brasileiras para discutir a segurança do paciente. Grande parte dos integrantes do Comitê de Implementação do PNSP foi, também, palestrante no evento, fato que enriqueceu as discussões.

PHARMACIA BRASILEIRA - Porque é tão difícil combater os erros de medicação?

Mário Borges - Existem duas razões principais que tornam difícil diminuir a frequência dos erros de medicação. A primeira delas é a dificuldade de mudar hábitos ou resistência às mudanças. Os erros são normalmente de origem

sistêmica, e para evitá-los é necessário rever o modo como trabalhamos e melhorar a segurança dos sistemas, mas mudar hábitos é difícil. Todos nós temos rejeição a mudanças e tendemos a permanecer na “zona de conforto”. Ou seja, mudar sistemas e pessoas não é tarefa de fácil execução.

Outra razão que torna difícil combater os erros de medicação é que temos de lidar com o sentimento de culpa das pessoas e com o modo como as instituições enfrentam os erros dos profissionais. Está entranhado na nossa cultura. Sempre que ocorrer um erro, temos de encontrar um culpado e puni-lo e, desta forma, resolver o problema.

Diante disso, ninguém quer ser o bode expiatório ou o culpado pelo que aconteceu. A cultura punitiva individualista, que, ainda, vigora em muitas instituições de saúde não resolve os erros de medicação e leva à subnotificação, pois as pessoas têm medo e vergonha de notificar os erros.

Se existe subnotificação, temos pouca informação para dirigir as medidas para os reais pontos frágeis do sistema, que levam aos erros. Podemos aprender com a indústria japonesa, que premia os funcionários, quando encontram os erros e sugerem soluções para evitá-los. A cultura punitiva deve ser mudada para a da abordagem sistêmica, em que todos os fatores que levaram ao erro são estudados e as medidas preventivas são direcionadas e, de forma geral, são mais efetivas.

PHARMACIA BRASILEIRA
- Dr. Mário Borges, o Programa Nacional de Segurança do Paciente é a mão do Governo aceitando para a busca de soluções dos problemas que levam à insegurança do paciente? O Programa é parte de um novo contexto da saúde, no Brasil? Como ele se insere nesse contexto?

Mário Borges - Os eventos adversos que ocorrem na assistência ao paciente são considerados um problema grave pela Organização Mundial da Saúde. O mais importante é que parte significativa desses eventos é evitável. O Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) é um passo importante para que os profissionais da saúde e os pacientes possam evitar esses eventos.

A assistência à saúde prestada aos pacientes, no mundo inteiro, é complexa. As práticas assistenciais não acompanharam esta complexidade e os erros ocorrem em números inesperadamente altos. O PNSP vem, com competência, normatizar a criação dos Núcleos de Segurança do Paciente e a notificação dos eventos em todos os estabelecimentos de saúde do Brasil.

Várias outras atividades estão previstas e muitas delas já estão prontas ou sendo desenvolvidas, como, por exemplo: publicação de protocolos, elaboração de cadernos sobre os temas mais importantes da área, confecção de vídeos educativos e outros. Sugere-se acessar o link <http://www.anvisa.gov.br/hotsite/segurancadopaciente/index.html>

PHARMACIA BRASILEIRA
- Os protocolos do Programa Nacional de Segurança do Paciente foram publicados e trazem normatizações e orientações que todos os estabelecimentos de saúde terão de seguir. Comente os protocolos e cite as normatizações e orientações que o senhor realça como as mais importantes.

Mário Borges - Foram publicados seis protocolos, até o momento. São eles: “Prevenção de quedas”, “Identificação do paciente”, “Segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos”, “Cirurgia segura”, “Higiene das mãos” e “Prevenção de úlceras por pressão”.

Sugiro que os farmacêuticos leiam todos os protocolos, especialmente o de “Segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos”, “Prevenção de quedas” e “Identificação do paciente”. Os protocolos têm uma estrutura definida, que é a seguinte: finalidade, justificativa, abrangência, definições, segurança na atividade do protocolo, intervenções, procedimento operacional padrão, monitoramento, indicadores e referências.

É importante, ainda, citar que todos os protocolos foram elaborados para a implementação, em todos os estabelecimentos de saúde, exceto consultórios médicos e serviços de assistência domiciliar.

PHARMACIA BRASILEIRA
- O Dr. Cyril Chantler, médico e pesquisador inglês dedicado aos estudos dos resultados dos tratamentos dos pacientes

e Diretor do *Great Ormond Street Hospital*, um dos maiores hospitais pediátricos do mundo, fez uma declaração referencial sobre a questão da segurança do paciente. Diz ele: “O cuidado à saúde que, antes, era simples, menos efetivo e relativamente seguro, passou a ser mais complexo, mais efetivo, porém potencialmente perigoso”. Por que o cuidado, antes mais seguro, tornou-se perigoso, apesar de mais efetivo?

Mário Borges - A assistência ao paciente, há tempos, era prestada geralmente só por um médico, que usava poucos medicamentos, pedia poucos exames e era, de forma geral, menos efetiva. As novas tecnologias em saúde foram sendo incorporadas (novos medicamentos, exames e procedimentos invasivos, equipamentos de última geração e outros). Além disso, vários outros profissionais foram sendo incorporados à assistência, que se tornou muito mais complexa e efetiva. Logo, mais sujeita a erros; logo, mais perigosa.

A expectativa de vida da população aumentou e diminuiu muito a mortalidade, mas os erros aumentaram, porque toda essa nova tecnologia não é isenta de danos. Pelo contrário, é plena

de riscos. A assistência é sujeita a erros.

PHARMACIA BRASILEIRA - A infecção adquirida em ambiente hospitalar é um dos danos mais graves geradores de insegurança ao paciente. Que avaliação o senhor faz do papel das CCIHs (Comissões de Controle de Infecção Hospitalar), no Brasil?

Mário Borges - Os Serviços e as Comissões de Controle de Infecção são essenciais para evitar as infecções passíveis de prevenção, e os hospitais devem, por força de lei e de portarias, possuir essas comissões e serviços. O papel deles é imprescindível para que estes eventos sejam controlados dentro do possível.

PHARMACIA BRASILEIRA - De que forma os farmacêuticos podem contribuir para promover a segurança do paciente?

Mário Borges - Os farmacêuticos são fundamentais para que a segurança do paciente possa ser garantida na assistência à saúde. A importância dos erros de medicação comprova esta relevância do profissional farmacêutico e sugiro aos colegas que acessem o *hotsite* de segurança do paciente da Anvisa (<http://www.anvisa.gov.br/hotsite/segurancadopaciente/>

[index.html](#)), vejam os vídeos e leiam as publicações, material de apoio, aulas, alertas, informes técnicos e outros matérias.

Além disso, que procurem integrar-se, ainda mais, a outros profissionais da saúde (médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, odontólogos e outros), para melhorar a segurança do paciente. Por fim, leiam, com atenção, os protocolos, especialmente o protocolo de prescrição, uso e administração segura de medicamentos, que pode ser acessado nesse mesmo link do *hotsite* da Anvisa.

Tenho a certeza de que, conforme cresce a importância da qualidade e segurança da assistência prestada ao paciente, crescerá, também, a importância e responsabilidade do farmacêutico. O mercado de trabalho será ampliado para o profissional, pois várias atividades presentes nos protocolos têm que ser desenvolvidas por farmacêuticos.

Entretanto, para que os farmacêuticos possam desempenhar, de forma adequada, as atividades propostas no PNSP, é preciso preparar-se, cada vez mais, para essas demandas. Os pacientes que, muitas vezes, somos nós mesmos ou nossos familiares, merecem uma assistência segura.

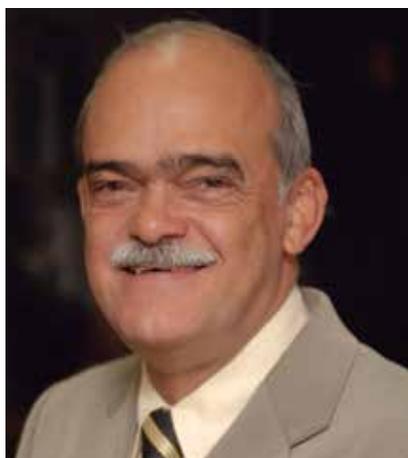
Qualidade de vida em doadores de sangue



Os Serviços de hemoterapia precisam da participação de uma população saudável para doar, altruística e voluntariamente, o sangue e seus componentes, cabendo conhecer e estar integrada ao perfil dos doadores que realizarão o ato cidadão da doação. A Norma Técnica Brasileira em Hemoterapia, revisada, em 2013 (Portaria MS nº 2.712), possibilita que as pessoas realizem doações de sangue com qualidade, não correndo risco no ato transfusional e não submetendo os receptores do seu sangue a riscos de contrair doenças. Desta forma, a avaliação na qualidade de vida desse doador merece especial atenção dos formuladores de políticas públicas em saúde no escopo da promoção à saúde.

A doação de sangue é essencial para a saúde pública, e a Organização Mundial de Saúde (OMS) preconiza que 3% da população seria o suficiente para formar um exército de doadores adequados para atender às necessidades de sangue dos hospitais, no mundo.

Na hemoterapia, as atividades são desenvolvidas por profissionais de equipe multidisciplinar, que é composta por farmacêuticos, biomédicos, médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem e de laboratório que precisam de comprometimento e entrosamento para um trabalho em equipe, eficaz e eficiente, com vistas a minimizar ao máximo os riscos do paciente, além de garantir a segurança aos receptores em relação



Dr. João Samuel de Morais Meira, Diretor Tesoureiro do Conselho Federal de Farmácia e professor aposentado de Hematologia e Citologia Clínicas do Departamento de Ciências Farmacêuticas da Universidade Federal da Paraíba (UFPB).

aos componentes a serem transfundidos.

Reforça-se que todo processo de doação de sangue é seguro para o doador, executado apenas com material descartável. O que leva um indivíduo a praticar o ato de doar sangue expressa-se por um exercício de cidadania em sua forma mais nobre – a de salvar a vida de uma pessoa.

Destarte, é essencial que haja a associação entre a doação de sangue e a percepção que o indivíduo tem de sua qualidade de vida, uma vez que, apesar de não haver benefício físico para o doador, a literatura aponta que doar sangue eleva a autoestima e sentimentos de bem-estar entre os doadores.

Sinônimos de qualidade de vida como “condições de saúde” e “fun-



Dra. Daniele Idalino Janebro, Professora substituta de Hematologia e Citologia Clínicas do Departamento de Ciências Farmacêuticas da UFPB.

cionamento social” têm sido utilizados e cabe aos profissionais de saúde compreender esses sinônimos, uma vez que qualidade de vida relacionada à avaliação subjetiva do indivíduo e ligada ao impacto do estado de saúde reflete a capacidade de o ser humano viver, plenamente.

Assim, a avaliação da qualidade de vida dos doadores de sangue pode nos mostrar quais são as dimensões de sua vida que estão sendo negligenciadas e quais estão mais enfocadas. Isto permitirá refletir sobre novas ações que poderão ser incorporadas na triagem clínica do doador, com vistas a se melhorar não só a assistência ao mesmo, mas se construir a promoção da saúde do doador, contribuindo para uma melhor segurança transfusional.



Uso racional de medicamentos em foco

○ Prêmio Jayme Torres de 2013, que teve como tema o **Uso Racional de Medicamentos** (URM), tem os seguintes vencedores na Categoria Profissional: Rodrigo Batista de Almeida (CRF/PR), em primeiro lugar, com o artigo “Uso racional de medicamentos numa proposta integrada de educação e saúde”, e Mariza Casagrande Cervi (CRF/RS), ocupando a segunda colocação, autora do artigo “Estratégias educacionais indutoras do uso racional de medicamentos”. Na Categoria Estudante, o Prêmio foi conferido a Larissa Celestina Labas, acadêmica da Faculdade de Farmácia da Universidade Estadual de Ponta Grossa (PR). O artigo com que ela concorreu ao certame leva o título de “Projeto Uso Racional de Medicamentos: estratégia de conscientização”. Cinquenta trabalhos (38 na categoria profissional e 12 produzidos por acadêmicos de Farmácia) concorreram ao Jayme Torres de 2013. Os prêmios foram entregues, durante a solenidade comemorativa ao Dia do Farmacêutico, realizada pelo CFF, em Brasília, na noite do dia 24 de janeiro.





Para o Dr. Rodrigo Batista, que atua no Curso de Farmácia do Instituto Federal do Paraná (IFPR), o tema do Prêmio Jayme Torres de 2013 despertou nele a necessidade de estudar a realidade dos medicamentos armazenados, em domicílios, no Município de Palmas (PR). Este foi o ponto de partida para a produção do artigo que conquistou o primeiro lugar no Prêmio.



Dr. Rodrigo Batista de Almeida, autor do artigo vencedor na Categoria Profissional, fala em "farmacologização da sociedade".

"O recolhimento de medicamentos já ocorria, há três anos, desde que o IFPR (Instituto Federal do Paraná) iniciou as atividades, no Município de Palmas. Mas a campanha ficava restrita ao simples recolhimento e ao destino final", afirma. Neste ano, porém, o Instituto decidiu dar um passo a mais e começou, então, a analisar todo o material recolhido. "Com esse trabalho, foi possível identificar que medicamentos estavam estocados, nas residências, e estimar o impacto para as saúdes humana, animal e ambiental, caso esses produtos viessem a ser utilizados ou descartados, de forma incorreta", explica o farmacêutico Rodrigo Batista.

Essas informações foram repassadas à população por diferentes meios. "Como parte da população não tem acesso aos jornais, levamos a mesma informação para programas de rádio", conta o farmacêutico. Essa propagação acabou atingindo o público infantil, proporcionando, ainda, a elaboração de uma história em quadri-

nhos, na qual os personagens foram desenhados por alunos de uma escola de Palmas.

O estudo encontrou dificuldades em levantar algumas informações como, por exemplo, a utilização de medicamentos no contexto da automedicação. "Tivemos algumas limitações no estudo. Não foi possível saber as condições de armazenamento e a forma de sua aquisição - se pelo SUS ou pela rede privada de farmácias", diz.

Um ponto de extrema relevância, ressalta o autor do artigo vencedor do Jayme Torres, é a "farmacologização da sociedade", fenômeno produzido pela crença de que quase todos os eventos do cotidiano têm um fundo patológico e devem, portanto, ter uma abordagem terapêutica com a utilização de medicamentos", acrescenta. Rodrigo Batista observa que uma das formas de se reverter o aumento abusivo no consumo de medicamentos é a conscientização da população e dos profissionais de saúde sobre o grande risco potencial que o uso desses produtos representa.

A opção por usar um medicamento deveria ser pautada pelo máximo rigor. Diz o farmacêutico: "Isso exigiria uma mudança no paradigma da atuação profissional de todos aqueles que podem prescrever medicamentos (médicos, dentistas, enfermeiros e farmacêuticos), bem como reorientar as práticas de automedicação". E completa: "Caso haja necessidade em se usar um medicamento, este deve ser administrado nas menores doses possíveis e dispensado em quantidades adequadas para o tratamento, evitando-se sobras que podem prejudicar a saúde de pessoas e animais ou, ainda, serem descartadas, inadequadamente".

O artigo "Uso racional de medicamentos numa proposta integrada de educação e saúde" contou com os seguintes autores colaboradores: Amanda Sotoriva, Ângela Cristina Andrade Salvador, Caroline Menchor Folchini, Jardel Cristiano Bordignon e Rodrigo Hinojosa Valdez. O autor principal levou o prêmio de R\$ 6.000,00, certificado e troféu.



DESCARTE CORRETO - A autora do artigo que ficou em segundo lugar, Dra. Mariza Casagrande Cervi, atua na Universidade de Passo Fundo (UPF) e reconhece a necessidade de uma conscientização ambiental relacionada ao descarte de medicamentos, tanto por parte da população, quanto dos profissionais da área.



Dra. Mariza Casagrande Cervi, que assina o artigo classificado em segundo lugar, pede uma conscientização ambiental relacionada ao descarte de medicamentos.

Em seu texto, Mariza Casagrande apresenta um trabalho de extensão que vem desenvolvendo, há oito anos, em dois Municípios do Rio Grande do Sul - Marau e Passo Fundo -, em que propõe estratégias de educação continuada em saúde e meio ambiente, abordando orientações e atitudes concretas sobre o uso racional, descarte e destino final de medicamento. “Antes de abordarmos o tema URM, buscamos despertar a consciência ecológica da comunidade”, conta a farmacêutica.

Essa prioridade, que consiste em alertar a população sobre os riscos que os medicamentos trazem, não só às pessoas e aos animais, mas também ao meio ambiente, foi definida, após ser constatado o desinteresse do assunto por parte da população. “Quando levávamos este assunto para ser discutido entre os usuários, sentíamos uma falta de concentração geral, justamente pelo desconhecimento de sua relevância”, argumenta.

A execução do projeto de extensão contou com a participação de professores e alunos dos

curso de Farmácia, Nutrição, Medicina, Química, Artes Visuais e Informática da UPF; professores e alunos entre sete e 13 anos do ensino fundamental do Colégio Gabriel Taborin, em Marau, além de representantes das secretarias municipais de Saúde, Meio Ambiente, Educação e Ação Social.

O projeto, segundo a farmacêutica, apesar da resistência ainda encontrada por parte da comunidade, vem crescendo, a cada ano, envolvendo um número cada vez maior de participantes. Anualmente, também, vem sendo observado um aumento crescente na coleta de resíduos medicamentosos, em ambos os Municípios. “Aos poucos, despertou-se a consciência ecológica e o interesse da comunidade sobre URM”, afirma a Dra. Mariza Casagrande Cervi.

O trabalho desenvolvido até este momento apresentou resultados positivos. Mas a grande quantidade de amostras grátis de medicamentos encontrada, durante as coletas, trouxe à tona algumas reflexões. “Muitas vezes, parece que os prescritores não ligam muito, vez que não apresentam as devidas preocupações. Uma de nossas dificuldades é chegar até o prescritor”, informa.

Mariza Casagrande acrescenta: “Desta forma, fica mais difícil falar sobre o URM com indivíduos que desconhecem os efeitos danosos do uso abusivo e inadequado de medicamentos. Principalmente, quando o medicamento é visto como aliado na busca da saúde, sendo desconsiderada a alimentação e o exercício físico como práticas importantes e viáveis, por exemplo”, elucida.

IMPORTÂNCIA DO FARMACÊUTICO - Para finalizar, os dois vencedores na Categoria Profissional lembram a importância do farmacêutico no uso racional de medicamentos. “O farmacêutico tem papel fundamental na promoção do URM, visto que ele é quem está envolvido em praticamente todas as etapas que abordam o processo de assistência farmacêutica, desde a pesquisa e desenvolvimento (P&D) de produtos, registro sani-



tário, produção, manipulação e controle de qualidade, transporte e armazenamento, seleção/padronização, aquisição, distribuição, dispensação e acompanhamento farmacoterapêutico. Fica claro, portanto, que o farmacêutico é o profissional mais próximo do medicamento e que pode, em cada uma das etapas descritas, trabalhar de acordo com o paradigma do URM”, concluem.

CATEGORIA ESTUDANTE - Vencedora na Categoria Estudante, a acadêmica Larissa Celestina Labas, de 22 anos, concorreu ao Prêmio Jayme Torres com o artigo “Projeto Uso Racional de Medicamentos: estratégia de conscientização”. Larissa, que cursa o último ano do Curso de Farmácia da Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG), no Paraná, integra o Projeto Uso Racional de Medicamentos, desde o primeiro ano de faculdade.

“Eu me interessei pelo tema e desenvolvi palestras visando à conscientização dos acadêmicos de Farmácia sobre a importância do uso racional, sobre o projeto em si, sobre a farmácia caseira e sobre que medicamentos as pessoas devem ter, em suas casas, onde os mesmos devem ser armazenados e sobre o seu descarte correto”, conta a estudante.



Vencedora na Categoria Estudante, a acadêmica Larissa Celestina Labas produziu o artigo “Projeto Uso Racional de Medicamentos: estratégia de conscientização”.

Inicialmente, o projeto era executado, por meio do trote solidário, em que os calouros do curso de Farmácia arrecadavam, junto à comunidade, os medicamentos em condições de uso ou não, vencidos ou dentro do prazo de validade e amostras grátis. Posteriormente, veio, também, a necessidade de conscientização sobre o uso racional.

Além das arrecadações e descarte de medicamentos, o projeto contou com algumas estratégias desenvolvidas para fortalecer a conscientização, a exemplo da Campanha 5 de Maio, na qual foram montados estandes, no terminal central de ônibus da cidade de Ponta Grossa, onde os acadêmicos prestavam orientações às pessoas, do ciclo de palestras aos acadêmicos dos cursos de Farmácia e Medicina, e de palestras em comunidades onde o consumo de medicamentos é bastante evidente. O projeto, no entanto, não consegue abranger a população como um todo. “Isso demandaria um número maior de alunos e, principalmente, o interesse da população em conhecer o assunto”, afirma.

INCENTIVO À PESQUISA - O Prêmio Jayme Torres foi criado pelo Conselho Federal de Farmácia, em 2002, através de Resolução, para incentivar a pesquisa científica entre farmacêuticos e acadêmicos de Farmácia e a produção de artigos técnicos e científicos. Também, para homenagear um dos fundadores e primeiro Presidente do CFF, o Dr. Jayme Torres.

Por Anderson Souza, Estagiário de Jornalismo junto à Assessoria de Imprensa do CFF, sob a coordenação do jornalista Aloísio Brandão, editor desta revista.

ESTÉTICA, um mercado forte à espera do farmacêutico

Pelo jornalista Aloísio Brandão,
Editor desta revista.



Farmacêutico Higor Guerim, especialista em estética.

O “Diário Oficial da União” de 24 de maio de 2013 traz publicada, em suas páginas, a Resolução de número 573, do Conselho Federal de Farmácia, que regulamenta as atribuições do farmacêutico no exercício da saúde estética e da responsabilidade técnica pelo estabelecimento que executam atividades afins. A Resolução, ao reconhecer a estética como área de atuação do farmacêutico, imprime um forte sentido de qualificação técnica e cientificamente ao setor, vez que os farmacêuticos são detentores de conhecimentos clínicos utilizados na terapêutica para fins estéticos e de saúde. A Resolução traz, ainda, ganhos para a sociedade, que passa a contar com serviços de qualidade, e para os farmacêuticos, que veem consolidado um importante nicho de mercado.

De acordo com a norma editada pelo CFF, constituem técnicas de natureza estética e recursos terapêuticos utilizados pelo farmacêutico em estabelecimentos de saúde estética a I - avaliação, definição dos procedimentos e estratégias, acompanhamento e evolução estética; II - cosmetoterapia; III - eletroterapia; IV - iontoforese; V - laserterapia; VI - luz intensa pulsada; VII - *peelings* químicos e mecânicos; VIII - radiofrequência estética; e IX - sonoforese (ultrassom estético).

DEFINIÇÃO DAS TÉCNICAS - Cosmetoterapia consiste na aplicação externa e superficial de produtos denominados genericamente de cosméticos com finalidade terapêutica e de embelezamento;

Eletroterapia é o uso de correntes elétricas dentro da terapêutica. Os aparelhos de eletroterapia utilizam uma intensidade de corrente muito baixa, correspondente a miliamperes e microamperes. Os eletrodos são aplicados diretamente sobre a pele e o organismo é o condutor. Na eletroterapia, são considerados parâmetros, como resistência, intensidade, voltagem, potência e condutividade; **Iontoforese** é a introdução de radicais químicos nos tecidos, por meio de um campo elétrico, produzido por uma corrente unidirecional. Durante essa introdução, ocorre a repulsão e a atração iônica, de acordo com a polaridade de cada eletrodo e, assim, sua interação com a membrana biológica. **Laserterapia** é uma técnica não ablativa utilizada na depilação, discromias, envelhecimento cutâneo, flacidez tegumentar e lesões vasculares; **Luz Intensa Pulsada** é considerada uma fonte de luz não-laser gerada por lâmpadas, resultando na emissão de calor e radiação luminosa, sendo, portanto, classificada como recurso fototermoterapêutico; **Peeling químicos e mecânicos** são procedimentos de estética capazes de promover a renovação celular, de forma progressiva, estimulando a regeneração natural dos tecidos; **Radiofrequência estética** é um tipo de radiação eletromagnética que, em frequências mais elevadas, gera calor nos tecidos biológicos. A técnica é considerada não ablativa, induzindo a produção de colágeno sem ruptura da pele. **Sonoforese** (ultrassom estético) significa o uso do ultrassom para aumentar a absorção cutânea de fármacos aplicados, topicamente. A sonoforese aumenta exponencialmente a absorção tópica de substâncias, através da epiderme, derme e anexos cutâneos.

SAÚDE - O CFF, no texto da Resolução 573/2013, define a saúde estética como “a área da saúde voltada à promoção, proteção, manutenção e recuperação estética do indivíduo, de forma a selecionar e aplicar procedimentos e recursos estéticos, utilizando-se para isto produtos cosméticos, técnicas e equipamentos específicos, de acordo com as características e necessidades do cliente”. O bem-estar promovido pela saúde estética vai ao encontro do conceito de saúde estabelecido pela OMS (Organização Mundial da Saúde) segundo a qual “saúde é

um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente a ausência de doença ou enfermidade”.

VITÓRIA JURÍDICA - A Resolução, já no parágrafo único do seu artigo primeiro, deixa claro que o farmacêutico não está autorizado a praticar intervenções de cirurgia plástica com fins estéticos. Ainda assim - e apesar de não ser uma atividade exclusiva do farmacêutico -, mal o CFF editou a 573/13, o Conselho Federal de Medicina tentou, na Justiça, suspendê-la, ajuizando um pedido de antecipação de tutela contra o Conselho de Farmácia. Mas a Juíza Substituta da 17ª Vara da Seção Judiciária do Distrito Federal, Maria Cândida Carvalho Monteiro de Almeida, após analisar os argumentos apresentados pela Consultoria Jurídica do CFF, indeferiu o pedido.

“O farmacêutico é o profissional detentor do conhecimento sobre medicamentos e pode, sim, ser o responsável técnico por estabelecimentos nos quais se utilizam técnicas de natureza estética e recursos terapêuticos para fins estéticos, desde que não haja a prática de intervenções de cirurgia plástica. É mais um campo de atuação para o farmacêutico. É mais uma conquista da categoria”, exclamou o Presidente do CFF, Walter Jorge.

MERCADO - O mercado aberto para o farmacêutico, no setor estético, é muito promissor. Em Curitiba (PR), o farmacêutico Higor Guerim, especialista no setor, abriu, em 2012, uma clínica de saúde estética. Tão logo foi a demanda enfrentada por seu estabelecimento que, em 2013, Guerim expandiu a empresa, com a abertura de mais duas clínicas.

Higor Guerim foi convidado pelo CFF para atuar como assessor *ad hoc* na elaboração da Resolução 573/13. A revista PHARMACIA BRASILEIRA o entrevistou para esta matéria sobre saúde estética. “A saúde estética pode ser eficaz na redução da circunferência abdominal, que sabidamente está associada ao aparecimento de problemas cardíacos, e pode minimizar os efeitos do tempo sobre a pele. O farmacêutico pode, também, orientar e incentivar hábitos saudáveis e tudo que pode estar relacionado ao bem-estar do paciente”, explica Guerim. **VEJA A ENTREVISTA.**

PHARMACIA BRASILEIRA - O que o farmacêutico faz na estética pura e na saúde estética? Que itens ele produz e dispensa? E que serviços presta?

Farmacêutico Higor Guerim - Quando falamos em saúde estética, entendemos que a saúde está relacionada ao bem-estar e à satisfação com a aparência física. Podemos trabalhar essas questões, através de diversos procedimentos usados na estética, que podem minimizar, ou resolver diversas características antiestéticas, como cicatrizes de acne, manchas, gordura localizada, estrias, celulite e até a obesidade.

Quando não usamos o termo saúde estética, podemos estar nos referindo a procedimentos de manutenção de um resultado já obtido ou técnicas preventivas para retardar o aparecimento de características do envelhecimento celular.

A Resolução 573, do CFF, não muda nada em relação ao que pode ser manipulado em uma farmácia magistral. A clínica de estética não pode exercer atividades de manipulação de formulações, mas o farmacêutico pode aplicar cosméticos produzidos em outro estabelecimento. Podemos, ainda, oferecer vários serviços que envolvem diversas técnicas descritas na Resolução.

PHARMACIA BRASILEIRA - Em que situações a saúde é agregada à estética? Que benefícios a saúde estética traz aos clientes das clínicas pelas mãos do farmacêutico especialista?



Dr. Higor Guerim

Farmacêutico Higor Guerim - A saúde é agregada à estética em diversas situações, como no caso de uma pessoa que recupera a confiança para sair em público, depois de resolver uma característica que a incomoda, ou no caso de uma pessoa que trata a obesidade e melhora de problemas secundários, como a hipertensão, hiperglicemia, problemas cardíacos, problemas de articulação, entre outras. O farmacêutico, além de executar as técnicas de estética, pode auxiliar na utilização de medicamentos dispensados para outros problemas de saúde.

PHARMACIA BRASILEIRA - Em que casos a saúde estética é eficaz?

Farmacêutico Higor Guerim - A saúde estética pode ser eficaz na redução da circunferência abdominal, que sabidamente está associada ao aparecimento de problemas cardíacos, e pode minimizar os efeitos do tempo sobre a pele. O farmacêutico pode, também, orientar e incentivar hábitos saudáveis e tudo que pode estar relacionado ao bem-estar do paciente.

PHARMACIA BRASILEIRA - O senhor é um empresário bem-sucedido no setor da estética. Abriu, em Curitiba, há um ano, uma clínica e, em 2013, a enorme expansão da demanda o levou a abrir duas filiais. O senhor aconselharia o farmacêutico especialista a abrir o seu próprio negócio? Com que recomendações e ressalvas?

Farmacêutico Higor Guerim

- Recomendo o farmacêutico a abrir o seu próprio negócio, sim. Mas abrir uma clínica não é sinônimo de sucesso. Existem muitas questões que devem ser levadas em consideração. Não é diferente de outro negócio. Temos que ter um bom ponto comercial, estrutura de acordo com o público alvo, preço competitivo, entre outros. Não podemos esquecer que temos vários custos, como funcionários, aluguel, luz, água, telefone, material de consumo etc. Então, uma boa reserva inicial é indispensável para não passar sufoco, nos primeiros meses.

PHARMACIA BRASILEIRA - Quanto custa, em média, abrir uma clínica de estética? Que equipamentos e produtos são imprescindíveis para se abrir uma clínica e quais os seus preços?

Farmacêutico Higor Guerim

- O custo para abertura de uma clínica é muito variável. Hoje em dia, dispomos de uma infinidade de equipamentos, produtos e técnicas para este setor. Tudo vai depender do que a clínica pretende oferecer. O valor inicial pode variar de 60 mil Reais a 600 mil Reais.

“Para se capacitar na área, o farmacêutico deve procurar um curso de especialização. Com a publicação da Resolução, muitas instituições já estão oferecendo cursos direcionados para farmacêuticos”

(FARMACÊUTICO HIGOR GUERIM).

PHARMACIA BRASILEIRA - Em que classe social localiza-se a maior parte da clientela das clínicas de estética? O aumento do poder de compra das classes C e D fez expandir o mercado estético?

Farmacêutico Higor Guerim

- As classes sociais que mais consomem esses serviços são B e C. O aumento do poder de consumo dessas classes é um dos responsáveis pela expansão deste setor.

PHARMACIA BRASILEIRA - O senhor participou do Grupo Ad Hoc do Conselho Federal de Farmácia que elaborou a proposta de Resolução que regulamenta as atividades do farmacêutico na estética. Que impactos esta norma causará nas ações profissionais?

Farmacêutico Higor Guerim

- A Resolução vai oferecer mais uma opção ao farmacêutico e, também, uma oportunidade para atuarmos em uma nova modalidade de trabalho. Agora, podemos

ser profissionais liberais e oferecer o serviço como autônomo. O farmacêutico pode montar a sua agenda de trabalho, de acordo com a sua disponibilidade de tempo. Pode, também, desenvolver outras atividades em outras áreas da profissão.

PHARMACIA BRASILEIRA - O que o farmacêutico que se interessa pela saúde estética deve fazer para se capacitar na área? Onde ele pode buscar a especialização? Há quantidade de cursos que atende à demanda dos farmacêuticos?

Farmacêutico Higor Guerim

- Para se capacitar na área, o farmacêutico deve procurar um curso de especialização. Com a publicação da Resolução, muitas instituições já estão oferecendo cursos direcionados para farmacêuticos. Ele vai ter que mostrar que é um bom profissional. Não tenho dúvidas de que isto vai ocorrer. Em pouco tempo, seremos uma classe profissional reconhecida nesta área.

Um poder chamado farmácia hospitalar

Pelo jornalista Aloísio Brandão,
Editor desta revista.

INSTITUIÇÕES, PÚBLICAS E PRIVADAS DE QUALQUER SETOR ESTÃO, CADA VEZ MAIS, SUBMETIDAS A RIGOROSOS PADRÕES DE QUALIDADE, A PROTOCOLOS E NORMAS QUE LHE GARANTAM AQUILO QUE É UMA EXIGÊNCIA, NO MUNDO INTEIRO: A QUALIDADE. NÃO É DIFERENTE NOS HOSPITAIS. O FARMACÊUTICO HOSPITALAR, CONSELHEIRO FEDERAL DE FARMÁCIA PELO RIO GRANDE DO SUL E COORDENADOR DO GRUPO DE TRABALHO EM FARMÁCIA HOSPITALAR (GFH) DO CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA (CFF), JOSUÉ SCHOSTACK, CITA OS QUESITOS ESTABELECIDOS POR DUAS IMPORTANTES ENTIDADES CERTIFICADORAS, A ONA (ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO) E A JCI (*JOINT COMMISSION INTERNATIONAL*) PARA EMITIR A ACREDITAÇÃO DOS HOSPITAIS. SÃO ELES O **CONTROLE** E A **SEGURANÇA** DOS SISTEMAS DE DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS, DE SUA ENTRADA NO HOSPITAL (AQUISIÇÃO), PASSANDO PELO SEU ARMAZENAMENTO, SUA DISTRIBUIÇÃO E CIRCULAÇÃO NO AMBIENTE HOSPITALAR, ATÉ A SUA CHEGADA, DE FORMA SEGURA E RACIONAL, AO PACIENTE, NO LEITO HOSPITALAR. É, AÍ, QUE ENTRAM O FARMACÊUTICO E SEUS IMPRESCINDÍVEIS SERVIÇOS. O CFF, POR MEIO DO SEU GRUPO DE TRABALHO, VEM ADOPTANDO UMA POLÍTICA, COM VISTAS A QUALIFICAR O FARMACÊUTICO HOSPITALAR E A EXPANDIR A ESTRUTURA DOS SEUS SERVIÇOS. “É ESTA A NOSSA FUNÇÃO, E PRETENDEMOS CUMPRÍ-LA, NA INTEGRAL”, ENFATIZOU O DR. JOSUÉ SCHOSTACK.

Os serviços farmacêuticos estão intimamente relacionados ao controle e à segurança de todo o processo envolvendo o medicamento no ambiente hospitalar. Ali, enfatiza Schostack, o farmacêutico é “o administrador do medicamento e dos produtos para a saúde circulantes, em cada canto, sejam eles o ambulatórios, as unidades de enfermagem entre outros”.

O farmacêutico é encarregado, ainda, de **funções administrativas**, como a aquisição, estocagem, dispensação; **técnicas**, a exemplo da atenção farmacêutica e outras atribuições clínicas, sem contar a sua participação nas Comissões de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), nas ações no suporte nutricional e no parecer técnico; **econômicas**, entre as quais a seleção de

medicamentos e de produtos para a saúde e a participação nas comissões de licitação. “Estas são algumas das atividades diárias do farmacêutico hospitalar”, lembra Josué Schostack.

Ele acrescenta que o profissional atua, ainda, no planejamento estratégico integrado ao processo de gestão, o que permite à farmácia hospitalar definir sua





Dr. Josué Schostack: “Presença do farmacêutico, no serviço de farmácia hospitalar, é sinônimo de gestão, de controles e de qualificação técnica”.

missão e, num processo constante de melhorias internas, garantir, com redução de custos, a qualidade técnica de produtos e uma assistência de excelência aos pacientes dependentes de ações terapêuticas.

DE PROBLEMA À SEGURANÇA TÉCNICA - Se, no passado, os farmacêuticos - e as farmácias hospitalares - eram um problema, uma dor de cabeça para os administradores hospitalares, vez que estavam associados a grandes estoques, ao capital imobilizado e às despesas contínuas, hoje, garante Schostack, os farmacêuticos são “uma segurança técnica para a administração hospitalar”.

A sua participação na elaboração da seleção de medicamentos, no controle da aquisição, no armazenamento e dispensação de medicamentos e de produtos para saúde evidenciam o profissional comprometido com a instituição, gerenciando estoques que representam até 50% dos gastos do Hospital. “É imprescindível a

sua participação na qualidade dos produtos adquiridos e ofertados e na prescrição médica. A garantia de qualidade dos produtos industrializados, manipulados de forma magistral ou ofical, das soluções parenterais, dos produtos citotóxicos, dos antissépticos e desinfetantes é compromisso assumido pelo farmacêutico e pela farmácia hospitalar”, pontifica o Dr. Josué Schostack.

ECONOMIA - Reforce-se o papel preponderante dos serviços farmacêuticos para a economia dos hospitais em relação ao item medicamentos. “A presença do farmacêutico, no serviço de farmácia hospitalar, é sinônimo de gestão, de controles e de qualificação técnica”, sintetiza Josué Schostack.

Ele explica que a implantação de uma sistemática de distribuição de medicamentos, racional e efetiva, reduz os estoques nas unidades de enfermagem e conseqüentemente faz cair os custos hospitalares. Lembra que a seleção de medicamentos pelo

nome genérico, evitando associações, reduz o universo desses produtos disponíveis nos estoques da farmácia hospitalar.

“O Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Universitário e de referência nacional e internacional, dispõe, como medicamentos padronizados, de uma listagem de oitocentos fármacos para o atendimento de um hospital terciário, com atuação na área de transplantes, câncer, infecto, traumatismo, gineco e pediatria, nos seus 750 leitos, atendendo às mais diversas patologias. Este estoque racional e controlado pela CCIH e CFT atende às necessidades das prescrições médicas hospitalares”, informa o farmacêutico.

Dr. Schostack trouxe um dado concreto que ilustra a capacidade dos serviços farmacêuticos de promover economia para as instituições hospitalares: “O estorno diário de medicamentos efetivado pelo serviço de farmácia hospitalar, feito em *produtos* se *necessário* (em torno de 20%



Grupo de Trabalho em Farmácia Hospitalar do CFF: a Presidente da Sbrafh, Helaine Capucho (DF); a representante da Comissão de Farmácia Hospitalar do Estado do Espírito Santo, Maria José Sartório; o Coordenador do GFH/CFF e Conselheiro Federal de Farmácia, Josué Schostack (RS); a Presidente da Sobrafo, Iara Maria Franzen Aydos (RS), e os representantes das Comissões de Farmácia Hospitalar dos Estados do Maranhão, Daniela Soares Fernandes, e de São Paulo, José Ferreira Marcos.

do receituário médico-hospitalar) - antimicrobianos suspensos - re-presentam, às vezes, uma economia em torno de 15% da despesa total mensal com medicamentos, no hospital”.

DIFICULDADES - Mas os benefícios dos serviços farmacêuticos, ainda, precisam chegar ao conhecimento dos administradores hospitalares e sensibilizá-los para a necessidade de incluí-los plenamente nas equipes multiprofissionais. “Ainda, precisamos esclarecer os administradores hospitalares que as equipes de profissionais desenvolvem um trabalho de excelência, quando motivados. Hoje, na plenitude dos hospitais, fala-se em equipe médica, de enfermagem, de nutrição, de assistentes sociais, de psicólogos. Quando se fala em equipe farmacêutica, refere-se a hospitais de 50, 150, 300, 800 leitos com um farmacêutico hospitalar apenas para atender à legislação vigente”, lamentou Josué Schostack.

Segundo ele, os hospitais que possuem equipe de farmacêuticos conseguem prestar serviços com muito mais qualidade, obtendo redução de custos e tendo o serviço de farmácia com mais qualificação, como um aporte técnico à equipe multiprofissional de saúde. “A presença do farmacêutico, dia e noite, no hospital, tranquiliza médicos, enfermeiros, numa constante troca de informações onde quem ganha, sempre, é o paciente”, declarou o Conselheiro Federal pelo Rio Grande do Sul e farmacêutico hospitalar.

CONTROLE DA INFECÇÃO HOSPITALAR - O farmacêutico tem atribuição importante na Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), comitê de atuação obrigatória em todos

“A presença do farmacêutico, dia e noite, no hospital, tranquiliza médicos, enfermeiros, numa constante troca de informações onde quem ganha, sempre, é o paciente”

(FARMACÊUTICO HOSPITALAR JOSUÉ SCHOSTACK).

os hospitais, segundo define a Portaria número 2616/1998, do Ministério da Saúde. A CCIH, em conjunto com a Comissão de Farmácia e Terapêutica, tem papel preponderante no controle do uso de antimicrobianos no ambiente hospitalar e atua, ainda, no sentido de reforçar a política de uso racional de medicamentos e produtos para a saúde.

O papel do farmacêutico na CCIH é vital e decisivo para o sucesso desse comitê hospitalar e multiprofissional. Ele atua no serviço de farmácia, controlando a antibioticoterapia e antibioticoprofilaxia, no preparo de nutrições parenterais e na farmácia clínica; no laboratório de análises clínicas, proporcionando controles sobre o uso seguro e racional dos antimicrobianos, na resistência a essa classe de medicamentos, na redução de custos pela implantação de uma seleção de medicamentos para o hospital, de forma a atender às necessidades técnicas para prescrição médica.

CFF - O Conselho Federal de Farmácia dá atenção especial à Farmácia Hospitalar. Tanto que possui um Grupo de Trabalho de altíssimo nível voltado para o setor. “O Grupo é composto pelas Presidentes da Sociedade Brasileira de Farmácia Hospitalar (SBRA-

FH), Helaine Carneiro Capucho (DF), e da Sociedade Brasileira de Farmacêuticos em Oncologia (Sobrafo), Iara Maria Franzen Aydos; e representantes das Comissões de Farmácia Hospitalar dos Estados de São Paulo, José Ferreira Marcos; Rio Grande do Sul, o próprio Schostack (Presidente do GT); do Espírito Santo, Maria José Sartório, e do Maranhão, Daniela Soares Fernandes.

Josué Schostack detalha as ações do GT, com vistas a fortalecer o segmento: “Esta composição de profissionais, com sua prática efetiva, busca a qualificação do farmacêutico hospitalar, a atualização de resoluções normativas e orientadoras para o exercício profissional, bem como frente às Portarias provenientes do Ministério da Saúde e às RDCs da Anvisa”.

Para isso acontecer, diz Josué Schostack, o Grupo de Trabalho que ele preside produz cadernos técnicos e informativos atualizados, que são disponibilizados, por meio da revista “Pharmacia Brasileira”, realiza cursos de atualização para o farmacêutico hospitalar promovidos pelo CFF em parceria com os Conselhos Regionais de Farmácia. O GT está focado, também, na derrubada da Súmula 140 e na atualização da RDC 67/207, da Anvisa.



MERCOSUL:

os gargalos da regulamentação

Pelo jornalista Aloísio Brandão,
Editor desta revista.

O MERCOSUL AVANÇA - E ATÉ COM ALGUMA AGILIDADE - NA REGULAMENTAÇÃO DO COMÉRCIO E DA INDÚSTRIA. ALIÁS, AS REGRAS CONCERNENTES A ESSES SETORES ESTÃO PRATICAMENTE CONCLUÍDAS. MAS O BLOCO CONTINUA ARRASTANDO-SE PARA REGULAMENTAR OS SERVIÇOS NA ÁREA DA SAÚDE. A EXPLICAÇÃO PARA O DESCOMPASSO ESTÁ, EM PARTE, NOS INTERESSES CORPORATIVOS. A ANÁLISE É DO FARMACÊUTICO E PROFESSOR CARLOS CECY, QUE REPRESENTA O CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA NO FÓRUM PERMANENTE MERCOSUL PARA O TRABALHO EM SAÚDE. “NENHUMA PROFISSÃO QUER PERDER SUAS ÁREAS DE ATIVIDADE, NEM AS CONQUISTAS CONSOLIDADAS EM LEIS TRABALHISTAS”, ARGUMENTA ELE. E COMO SE DARÁ A HARMONIZAÇÃO EM PONTOS, COMO A PRESCRIÇÃO FARMACÊUTICA? O ATO, CONQUISTADO PELOS FARMACÊUTICOS BRASILEIROS, EM 2013, GRAÇAS A UMA RESOLUÇÃO EDITADA PELO CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA (CFF), NÃO É EXERCIDO EM NENHUM OUTRO PAÍS MEMBRO DO MERCADO.

Há gargalos que não se desfazem facilmente em nosso mercado comum, emperrando a fluidez dos processos de harmonização e regulamentação. Talvez, por isto, o Presidente do Uruguai, José Mujica, declarou, em uma entrevista recente ao jornal *Lá República*, do seu País, que o Mercosul está ferido. “Estamos feridos e vamos ter de rever o que funciona e o que não funciona, e apontar os problemas, com muita ênfase”. Mujica foi mais além, ao se referir à lentidão com que o bloco ajusta as suas diferenças: “Em algum momento, teremos que regular e, se não regulamos, os governos mudam e os povos ficam”.

Estas e outras questões relacionadas ao Mercosul, como a dificuldade de harmonizar diferenças gritantes no ensino farmacêutico dos países que integram o mercado comum, são abordadas nesta entrevista com o professor Carlos Cecy. Graduado pela Universidade Federal do Paraná (UFPR) onde se doutorou em Farmacognosia, Cecy é farmacêutico aposentado do Hospital das Clínicas da mesma Universidade e professor aposentado da PUC-PR (Pontifícia Universidade Católica do Paraná). Foi Presidente do Conselho Federal de Farmácia (1983-1984). **VEJA A ENTREVISTA.**

PHARMACIA BRASILEIRA - Dr. Carlos Cecy, a partir de 2015, os serviços farmacêuticos (e os demais do setor da saúde) vão mesmo ser prestados livremente, nos países que integram o Mercosul? Em que pé encontram-se as negociações, com vistas à harmonização dos serviços? Os países terão condições de implementar a circulação dos serviços?

Farmacêutico Carlos Cecy - Está sendo elaborado, no âmbito do Mercosul, o “Plano de Ação do Programa de Liberalização do Comércio de Serviços”, que deverá estar concluído, em 2015. Este prazo foi fixado pelo Protocolo de Montevideo, que entrou em vigor, em 7 de dezembro de 2005, dando dez anos para a definição das diretrizes que tratarão da liberalização do comércio dos serviços. Portanto, tudo leva a crer que,

até o próximo ano, tais diretrizes estarão aprovadas e os prestadores de serviços poderão circular livremente, desde que atendam à legislação.

PHARMACIA BRASILEIRA - Os farmacêuticos brasileiros acabam de adquirir o direito de prescrever medicamentos, graças à autorização do Conselho Federal de Farmácia nesse sentido. Eles poderão prescrever nos países membros do Mercosul? O senhor vislumbra a possibilidade de se harmonizar esse ato profissional?

Farmacêutico Carlos Cecy - Um aspecto que dificultará essa harmonização será, com certeza, os serviços de saúde específicos de um dado País. Neste caso, deverá haver adequação da legislação dos demais Estados partes,



Professor Carlos Cecy representa o CFF no Fórum Permanente Mercosul para o Trabalho em Saúde

levando-se em consideração a legislação já existente, de modo a se lograr maiores níveis de convergência normativa. Será o caso da prescrição farmacêutica, que, segundo me consta, existe apenas, no Brasil.

PHARMACIA BRASILEIRA - As negociações realizadas pelas profissões da saúde, até 2004, apresentavam avanços e tudo fazia crer no sucesso das harmonizações. Em seguida, o Ministério da Saúde passou a concentrar todas as negociações junto aos países membros. Para tanto, criou o Fórum Permanente do Mercosul para o Trabalho em Saúde, com o objetivo de subsidiar a Pasta com informações na área. Que avaliação o senhor faz do processo de negociação entre os países, após a centralização das negociações pelo Ministério da Saúde?

Farmacêutico Carlos Cecy
- As negociações realizadas diretamente entre as profissões não tinham respaldo legal e não surtiram efeito. Assim, foi mais produtivo o Ministério da Saúde assumir, através do SGT (Subgrupo de Trabalho) 11, as negociações, tendo um diálogo permanente com as representações profissionais, através do Fórum Mercosul para o Trabalho em Saúde.

PHARMACIA BRASILEIRA - Ao contrário do que ocorreu, na Europa, quando da criação da União Europeia, por que os profissionais da saúde sul-americanos não se envolvem diretamente no processo de formação do Mercosul?

Farmacêutico Carlos Cecy - Sua pergunta sobre o desinteresse do envolvimento nas questões do Mercosul merece um esclarecimento. Por parte dos brasileiros, este desinteresse justifica-se pelo fato de os mesmos não vislumbrarem vantagem em migrar para os países vizinhos, pois, além de territorialmente menores, não são economicamente atraentes. O mesmo não ocorre com os profissionais dos demais Países Membros, que acompanham, de perto, toda a legislação do Mercosul e vêem, no Brasil, infinitas possibilidades de trabalho e de progresso profissional.

PHARMACIA BRASILEIRA - O processo de harmonização dos serviços farmacêuticos - e de saúde, em geral -, no Mercosul, é muito lento em comparação ao que ocorre com os produtos, inclusive medicamentos e cosméticos, segundo especialistas. Por que?

Farmacêutico Carlos Cecy - Concordo com a sua colocação. O setor de comércio e o indus-

“Um aspecto que dificultará essa harmonização serão os serviços de saúde específicos de um dado País. Neste caso, deverá haver adequação da legislação dos demais Estados partes, levando-se em consideração a legislação já existente, de modo a se lograr maiores níveis de convergência normativa. Será o caso da prescrição farmacêutica” (FARMACÊUTICO CARLOS CECY).

trial são muito mais ágeis e têm a regulamentação praticamente completa. Por outro lado, a regulamentação das profissões da área da saúde caminha a passos de tartaruga. Isto pode ser explicado, em parte, pelos interesses corporativos, pois nenhuma profissão quer perder áreas de atividade, nem as conquistas consolidadas em leis trabalhistas. Também, as divergências de denominações, de órgãos controladores, de âmbito profissional e de formação contribuem para que as discussões se perenizem.

PHARMACIA BRASILEIRA - Como harmonizar diferenças gritantes na formação acadêmica e no âmbito profissional farmacêutico, nos Países membros, considerando, por exemplo, que, na Argentina e no Paraguai, o bioquímico não é farmacêutico, mas, sim, o profissional formado em outro curso - o de Bioquímica?

Farmacêutico Carlos Cecy - Essa pergunta remete ao que foi dito: que, somente no Brasil, o farmacêutico é habilitado para o exercício das análises clínicas. Nos demais Países, inclusive na Venezuela, essa atividade é exercida por um profissional específico: o bioquímico ou o bioanalista, que se constitui em uma profissão. No Brasil, é uma atividade exercida

por vários profissionais: médicos, químicos, farmacêuticos e biomédicos. Este é um grande desafio que está sendo discutido pelos Estados partes.

PHARMACIA BRASILEIRA - Fale do ensino, nos Países do Mercosul. É possível estabelecer alguma comparação entre os cursos dos países, tomando por base a qualidade dos mesmos?

Farmacêutico Carlos Cecy - No que respeita a qualidade dos profissionais formados, os Países membros aprovaram, em 2008, um acordo visando à criação de um sistema de acreditação de cursos denominado *Sistema ARCU (Acreditación Regional de Carreras Universitarias)-SUR*. Trata-se de um mecanismo de avaliação da qualidade do ensino, com vistas a agilizar a revalidação dos diplomas universitários.

O processo foi implantado em caráter experimental para os cursos de Agronomia, Engenharia e Medicina, sendo facultativa a adesão das instituições de ensino. Os cursos de Medicina da Universidade Estadual de Londrina, da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo e da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) estão participando do sistema.

Atualmente, o programa

“Os setores de comércio e indústria são muito mais ágeis e têm a regulamentação praticamente completa. Mas a regulamentação das profissões da área da saúde caminha a passos de tartaruga. Isto pode ser explicado, em parte, pelos interesses corporativos, pois nenhuma profissão quer perder áreas de atividade” (FARMACÊUTICO CARLOS CECY).

abrange, também, os cursos de Odontologia, Arquitetura, Enfermagem e Veterinária, e é administrado, no Brasil, pelo Mercosul Educacional. Além dos Países membros do Mercosul, participam desse programa a Bolívia, o Chile e a Colômbia. A convocatória das instituições é feita, anualmente, sob a orientação da RANA (Rede de Agências Nacionais de Acreditação).

PHARMACIA BRASILEIRA - As Diretrizes Curriculares, instituídas, no Brasil, em 2002, deram aos cursos liberdade para definir os seus próprios projetos pedagógicos, em contraposição aos demais países do Mercosul, onde existe uma normatização rigorosa em relação a esse aspecto. Essas diferenças têm dificultado o processo de harmonização dos serviços?

Farmacêutico Carlos Cecy - Os acordos bilaterais são firmados em casos em que há urgência na resolução de determinado problema e geralmente abrangem áreas fronteiriças. Como as resoluções do Mercosul demandam muitos estudos e devem ser aprovadas por unanimidade, os Países recorrem a acordos bilaterais, por serem de aplicação imediata e não comprometerem as negociações do bloco. Mesmo assim, seus termos devem ser cuidadosamente

elaborados para não ferirem interesses dos profissionais envolvidos.

PHARMACIA BRASILEIRA - O Brasil, o Uruguai e o Paraguai firmaram acordos bilaterais que autorizam o livre trânsito de profissionais na faixa de fronteira. Esses acordos foram realizados paralelamente ao Mercosul e não têm nada a ver com os ajustes realizados, até aqui, no contexto do Mercado Comum. Esses acordos causam algum tipo de impacto nas negociações do Mercosul? Eles interferem, de alguma forma, no processo de negociação desenvolvido pelo Subgrupo de Trabalho (SGT) 11, que responde pela área da saúde?

Farmacêutico Carlos Cecy - Esta questão já foi parcialmente respondida no item 4. A ampliação do mercado de trabalho é, sempre, desejável e bem-vinda. Acredito que trará vantagens aos farmacêuticos e demais profissionais da área da saúde. Aliás, já existem relatos de médicos brasileiros que clinicam, em um ou dois dias da semana, em Buenos Aires. O transporte aéreo permite a locomoção e esses profissionais estão aproveitando isso para expandir sua área de trabalho.

PHARMACIA BRASILEIRA - Se considerarmos o gigantismo do



Professor Carlos Cecy

mercado farmacêutico brasileiro e o crescimento (inclusive a espantosa diversificação) da profissão, o Mercosul trará vantagens para o profissional brasileiro? Ele será atraente para o farmacêutico brasileiro?

Farmacêutico Carlos Cecy - As negociações sobre a harmonização profissional não atingem aspectos específicos da formação. Estes serão avaliados pelo sistema ARCU-SUR de acreditação, que futuramente abrangerá todos os cursos superiores. Enquanto isto permanece o sistema de revalidação de diplomas para os profissionais formados no exterior.

FARMÁCIA CLÍNICA

Grande exemplo na pequena Jucurutu

Jucurutu é um Município norte-rio-grandense de cerca de 20 mil habitantes, distante 233 quilômetros de Natal, capital do Estado. Em fevereiro de 2014, a pequena e nordestina Jucurutu entrou para a privilegiada lista de cidades onde estão se desenvolvendo experiências positivas em cuidados clínicos farmacêuticos prestados em estabelecimentos particulares. O feito que está projetando o Município no contexto sanitário é uma iniciativa do farmacêutico Marcus Vinícius Silva. Ele montou, ali, a sua Farmácia do Povo e do Aposentado Gadu, onde presta à população serviços baseados nas atribuições clínicas farmacêuticas. A solenidade de inauguração foi marcada pela apresentação ao público do Ambulatório Professor Tarcísio Palhano, localizado dentro do estabelecimento. É uma homenagem do proprietário ao seu ex-professor, pioneiro da farmácia clínica, no Brasil, e uma das maiores autoridades farmacêuticas do País.

Formado pela Faculdade de Farmácia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, o Dr. Marcus Vinícius, 26 anos, natural de Alexandria (RN), partiu para o desafio de montar uma farmácia e transformá-la num espaço de saúde destinado às práticas clínicas farmacêuticas movido pela paixão profissional e pela convicção de que este é o caminho natural que se abriu ao farmacêutico, no mundo inteiro. E Jucurutu não fugiu a essa inclinação profissional.

A Farmácia do Povo e do Aposentado *Gadu* (Grande Arquiteto do Universo para os maçons), segundo promete o seu proprietário, propõe-se a fazer um trabalho “diferenciado”. Marcus Vinícius explica: “A diferença é que vamos prestar serviços clínicos à população. Vamos aplicar injetáveis, fazer a aferição da pressão arterial e medir os parâmetros bioquímicos (taxa de glico-



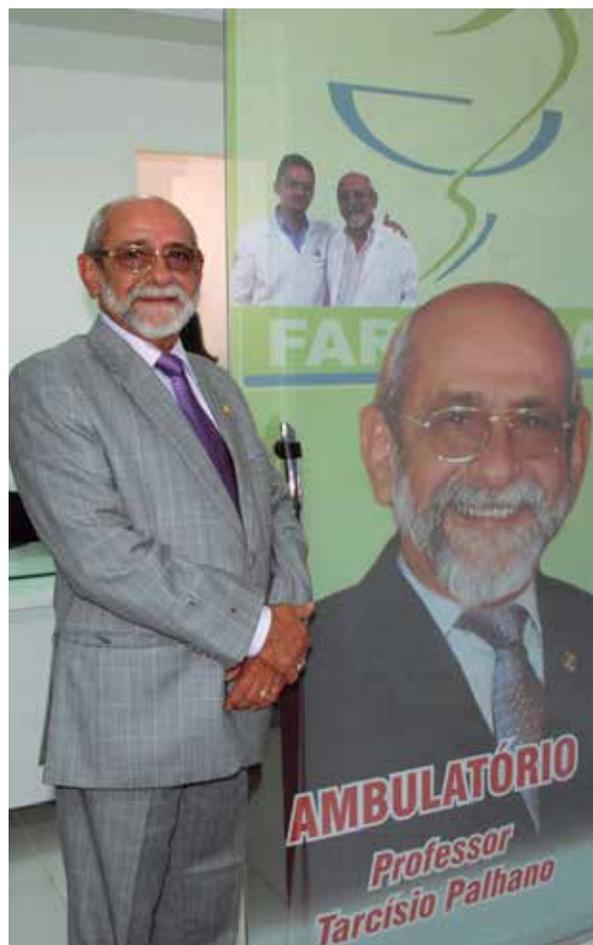
Farmacêutico Marcus Vinícius Silva inaugurou sua farmácia, no interior do Rio Grande do Norte, onde prestará cuidados clínicos no ambulatório que leva o nome do Professor Tarcísio Palhano.

se), colocar *piercing* e brincos, além de realizar o acompanhamento farmacoterapêutico, inclusive domiciliar”, explica o Dr. Marcus Vinícius.

AMBULATÓRIO E HOMENAGEM - Marcus, já na inauguração, deixou claro a que veio a sua farmácia, ao criar, ali, um espaço interno para o ambulatório, onde ele se dedicará à prestação de serviços e, também, à prescrição farmacêutica e outros atos das atribuições clínicas do profissional. “Tenho toda a convicção de que a farmácia é um estabelecimento de saúde e deve ser gerida como tal”, enfatizou.

O proprietário deu ao ambulatório o nome de uma das maiores expressões da farmácia clínica brasileira. Tarcísio Palhano, professor aposentado de Farmacologia Aplicada, de Farmácia Clínica e de Estágio Supervisionado Farmacêutico, na UFRN, e Ex-Diretor da farmácia do Hospital Universitário Onofre Lopes, de Natal, é pioneiro da farmácia clínica, no Brasil. Implantou o primeiro Serviço de Farmácia Clínica e o primeiro CIM (Centro de Informação sobre Medicamentos) do País. Especializou-se em Farmácia Clínica, no Chile, e em Farmácia Hospitalar, na França, e é um dos nomes mais requisitados para palestras e conferências sobre o tema, no Brasil e fora. É Assessor da Presidência do Conselho Federal de Farmácia (CFF), Coordenador Técnico- Científico do Cebrim (Centro Brasileiro de Informação sobre Medicamentos), Departamento do CFF. Palhano foi professor de Marcus Vinícius.

A Presidente do Conselho Regional de Farmácia do Rio Grande do Norte, Maria Célia Ribeiro Dantas de Aguiar, enviou uma mensagem ao proprietário da farmácia, por meio do Vice-Presidente do órgão, Jairo Sotero Nogueira de Souza. Dra. Célia Ribeiro Dantas destacou a importância daquele momento para a entidade representativa dos farmacêuticos potiguares. “Em tempos de turbulência e descontentamentos sociais, é acalentador ter ciência de que a vida premia os cidadãos de bem e as personalidades legítimas, que são justamente aquelas que conquistam respeito com o esforço próprio, como é o caso do amigo Tarcísio Palhano”.



O Professor homenageado Tarcísio Palhano posa à porta do ambulatório farmacêutico que leva o seu nome.

PRESIDENTE DO CFF - “Homenagear o Dr. Tarcísio Palhano não é apenas uma manifestação de reconhecimento a um dos mais competentes farmacêuticos brasileiros de todos os tempos, mas, também, uma demonstração de gratidão a todos os profissionais que fazem da Farmácia um estuário do humanismo e da sabedoria, um espaço para a pesquisa e um campo para a aproximação com o paciente, visando à manutenção de sua saúde e a cura de sua doença”, disse o Presidente do CFF, Walter Jorge João, em mensagem lida durante a solenidade de inauguração da farmácia que reuniu autoridades locais de todos os Poderes.

CFF e CFM: caminho aberto para o entendimento



Os Presidentes do CFM, Roberto D'Ávila, e do CFF, Walter Jorge João (terceiro e quarto da esquerda para a direita), acompanhados do Consultor ad hoc Wellington Barros, da assessora técnica Josélia Frade e do assessor da Presidência, Tarcísio Palhano, todos do CFF.

Os Conselhos Federais de Farmácia (CFF) e de Medicina (CFM) vêm dialogando em torno de temas de interesse comum às duas entidades. No dia 27 de março de 2014, o Presidente do CFF, Walter Jorge João, participou da 1ª Sessão Plenária Extraordinária do CFM, em Brasília, a convite do Presidente do Conselho de Medicina, Roberto D'Ávila. No dia 26 de fevereiro, D'Ávila e o vice-presidente do órgão, Carlos Vital, visitaram os diretores e assessores técnicos do Conselho de Farmácia, na sede do CFF.

A aproximação entre o CFF e CFM, segundo afirmou Walter Jorge na Plenária do Conselho de Medicina, marca o restabelecimento do diálogo com as demais categorias da área da saúde. “É importante destacar que temos muito mais pontos em comum do que divergências com a Medicina. Várias de nossas lutas, também, são lutas dos médicos. E essa aproximação nos permite debater as divergências e evitar a judicialização de pautas discordantes”, argumentou o Presidente do CFF.

PARCEIROS - Por muitos anos, disse Walter Jorge, médicos e farmacêuticos trabalharam juntos, e não faz sentido as duas categorias estarem separadas.

Ele lembrou a luta vitoriosa que desencadeou, quando esteve à frente do Conselho Regional de Farmácia do Pará, em favor da recolocação do farmacêutico, na farmácia. Na ocasião, os farmacêuticos contaram com o apoio dos médicos.

O Conselheiro Federal de Medicina pelo Estado do Pará, Waldir Cardoso, afirmou que, além de participar da luta dos farmacêuticos paraenses citada pelo Presidente do CFF, a Medicina foi parceira da Farmácia em outras questões comuns, como a defesa da farmácia como estabelecimento de saúde e da implantação da política de medicamentos genéricos.

NÃO AO PL 7036/14 - O Presidente do CFF enfatizou a necessidade de se fazer oposição formal ao PL 7036/2014, de autoria do Deputado Rogério Carvalho (PT/SE). “Se aprovado, o Projeto irá ferir a autonomia dos conselhos profissionais da saúde”, alertou Walter Jorge João.

O plenário do CFM destacou alguns pontos de pauta a serem debatidos entre médicos e farmacêuticos. São eles: fracionamento de medicamentos; necessidade de carimbo do médico em receitas aviadas, nas Farmácias Populares; necessidade de explicitar o diagnóstico no receituário, exigida por algumas farmácias; dispensação de receitas de médicos estrangeiros que atuam em zonas de fronteira; pesquisas mercadológicas realizadas, em farmácias, entre outros temas relacionados às resoluções de nº 585 e Nº 586, do CFF.

Walter Jorge esteve na sede do CFM acompanhado dos assessores da Presidência do CFF, Josélia Frade e Tarcísio Palhano, e pelo Consultor *Ad Hoc* Wellington Barros. Na próxima visita dos representantes do CFF ao Conselho Federal de Medicina, serão debatidos os pontos listados pela categoria médica como “inquietantes”. Os representantes do CFM também foram convidados a participar de uma Reunião Plenária do CFF.

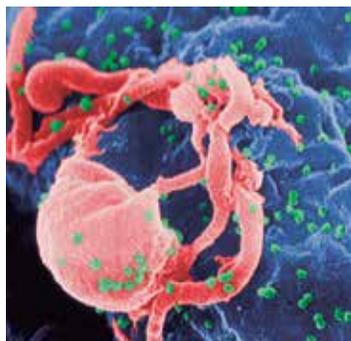
Teste para Aids por fluido oral será ofertado pelo SUS

■ O KIT PARA REALIZAÇÃO DO TESTE ESTARÁ DISPONÍVEL EM TODAS AS CAMPANHAS DO FIQUE SABENDO, EM SERVIÇOS DO SUS QUE ATENDEM AS POPULAÇÕES VULNERÁVEIS E NAS FARMÁCIAS DA REDE PÚBLICA.

Um novo teste rápido de Aids realizado por fluido oral está disponível no Sistema Único de Saúde (SUS), desde março de 2014. O resultado sai, em até 30 minutos. A Portaria que normatiza a medida foi publicada, no dia 18 de dezembro de 2013, pela Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde. O novo diagnóstico será ofertado para a população em todas as campanhas do *Fique Sabendo*, nos serviços do SUS que atendem as populações vulneráveis e nas farmácias da rede pública, a partir do segundo semestre de 2014. Testes com essa metodologia, que possuem registro na Anvisa, também, poderão ser vendidos em farmácias da rede privada.

Inicialmente, o teste com fluido oral será utilizado por 40 ONG parceiras do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, do Ministério da Saúde, que atuam, em 21 Estados e no Distrito Federal. Terão prioridade ao novo método, durante esta fase inicial- prevista para iniciar, em março de 2014- as populações prioritárias que apresentam maior vulnerabilidade à infecção pelo HIV (homens que fazem sexo com homens, gays, profissionais do sexo, travestis, transexuais, pessoas que usam drogas, pessoas privadas de liberdade e em situação de rua).

AUTOEXAME - “Em um segundo momento, o diagnóstico estará disponível para todas as pessoas que quiserem realizá-lo, inclusive como autoexame. A sua grande vantagem é a segurança e a



confiabilidade, além de não necessitar de infraestrutura laboratorial”, explica Alexandre Padilha, à época, Ministro da Saúde.

Na apresentação disponível, nas farmácias, os testes terão uma bula explicativa com informações detalhada do passo a passo para a sua realização; orientação para procurar serviço de saúde, se der positivo; e o número de telefone disponível para responder dúvidas. “As pessoas que, eventualmente, não se sintam à vontade para ir a um centro de saúde ou a um laboratório, poderão fazer o teste com privacidade, em sua própria casa, no horário e da forma que quiserem”, ressaltou o Ministro.

O kit para a realização do teste está sendo produzido pelo laboratório Bio-Manguinhos/Fiocruz e contém uma haste coletora descartável (swab) - de uso único - para obtenção de fluido oral; um frasco com solução, no qual é colocada a haste coletora após a obtenção da amostra; um frasco com o tampão de corrida de reação; um suporte plástico de teste, em que ocorrerá a reação e a revelação do resultado.

Como pré-requisito para fazer o diagnóstico oral, é necessário que, 30 minutos antes, a pessoa evite ingerir alimento ou bebida, fume ou inale qualquer substância, escove os dentes e use antisséptico bucal. Também, se deve retirar o batom e evitar realizar atividade



oral que deixe resíduo. O fluido do teste oral é extraído da gengiva e o começo da mucosa da bochecha com o auxílio da haste coletora. O resultado sai em até 30 minutos. Quando surge uma linha vermelha, significa que não é reagente. Caso apareçam duas linhas vermelhas, indica que, naquela amostra, há anticorpos anti-HIV, ou seja, o teste é positivo.

MANUAL - A Portaria, também, aprova o novo Manual Técnico para Diagnóstico da Infecção pelo HIV em Adultos e Crianças. O documento complementa os procedimentos para a realização de testes de HIV, no País. “A Portaria atualiza a forma técnica de diagnóstico do HIV para adequarmos aos avanços alcançados nesse campo, nos últimos anos. O objetivo é tornar mais fácil a sua interpretação pelos profissionais de saúde”, explica o Secretário de Vigilância em Saúde, Jarbas Barbosa.

Segundo o Secretário, a principal meta é possibilitar a ampliação da testagem e do acesso mais rápido e eficiente a todos que buscam o diagnóstico. “Isso permitirá aos profissionais e serviços escolhas adequadas

à sua realidade local, de modo a viabilizar o acesso de todos os indivíduos que desejam conhecer seu estado sorológico”, observa Jarbas Barbosa.

Outra novidade do Manual é a possibilidade de confirmação do diagnóstico rápido de HIV, com um segundo teste, também, rápido, que permite a redução do tempo de entrega do resultado ao paciente. Atualmente, a confirmação do diagnóstico de HIV é feita, por meio de testes Elisa e Western Blot.

“Anteriormente, quando a pessoa realizava o exame em laboratório, e o Elisa dava positivo, era feito um teste complementar do tipo Western Blot. Com o avanço tecnológico, esse exame ficou ultrapassado. Por essa razão, na nova Portaria- quando o teste inicial feito no laboratório der positivo- o teste complementar recomendado, a partir de agora, é o teste molecular”, explica o Diretor do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, Fábio Mesquita.

Fonte: Agência Saúde- Atendimento à Imprensa (por Nivaldo Coelho).

Pesquisa aborda problemas na gestão de resíduos

“Na atenção primária em saúde, não há um processo de gerenciamento, programa ou ações voltados à minimização da geração de resíduos de serviços de saúde”. A observação é da aluna do mestrado profissionalizante em Saúde Pública, Domicile Ramos, com base na pesquisa sobre a gestão de resíduos nas Unidades Básicas de Saúde de Araçatuba (SP). O estudo analisou a estruturação de um plano de gerenciamento para esses resíduos que contemplasse a legislação vigente, ressaltando as dificuldades encontradas pelos profissionais e destacando a importância do tema para o cenário de saúde pública e coletiva.

A pesquisa teve como foco a observação dos impasses no gerenciamento de resíduos de serviços de saúde, particularmente, em unidades básicas. Segundo a aluna, essas unidades são classificadas como pequenos geradores e, na maioria das vezes, os olhares das políticas públicas e dos gestores estão voltados aos grandes geradores de resíduos, como hospitais e clínicas de



A avaliação de todo o processo de geração até a destinação final dos resíduos proporcionou uma consciência crítica em relação ao conhecimento dos profissionais envolvidos no processo

grande porte, negligenciando o gerenciamento dos resíduos nesses outros estabelecimentos.

Seguido pelo estudo de campo, por meio de visitas às unidades de saúde, foi levantado o histórico de elaboração do plano de gerenciamento, a quantificação e caracterização dos resíduos nestas unidades, procedimentos de manejo abrangendo forma de segregação, acondicionamento, armazenamento interno e externo, transporte, tratamento e destinação final dos resíduos.

Em relação aos resultados, a pesquisa acusou que falta, nas unidades, gerenciamento e designação de responsabilidades, uma lacuna observada, também, na análise da legislação. “Nenhuma das unidades de saúde dispõe de Plano de Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS), sendo este solicitado em diligência pela Vigilância Sanitária para emissão do alvará sanitário”. Também, foi observada a falta de conhecimento dos profissionais em relação à importância de todo o processo de gerenciamento dos resíduos.

Entre as medidas importantes para a redução das

consequências dos problemas observados no estudo, Domicile sugere o cumprimento das normas, como a elaboração do plano de gerenciamento para as unidades, a efetivação de uma agenda de política ambiental na área da saúde e, por fim, a conscientização de todos os envolvidos no processo de melhorias das políticas públicas no âmbito da atenção primária em saúde.

A avaliação de todo o processo de geração até a destinação final dos resíduos proporcionou uma consciência crítica em relação ao conhecimento dos profissionais envolvidos no processo. Além disso, destacou a importância da elaboração do plano de gerenciamento para todas as unidades. A tese de mestrado, intitulada “Impasses e dificuldades na gestão de resíduos de serviços de saúde: estudo de caso no município de Aracatuba”, foi apresentada, em 29 de novembro de 2013, na Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp/Fiocruz), sob a orientação da professora Elda Falqueto. Domicile Ramos, graduada em Enfermagem, tem especialização em Saúde da Família pela Universidade Federal de Goiás (UFG).

Ministério da Saúde atrai investimentos de R\$ 1 bilhão na produção de medicamentos biológicos



PPS levará à redução de cerca de 10% do déficit na balança comercial de medicamentos

O Ministério da Saúde liderou novo processo de atração de investimentos de empresas multinacionais no setor de saúde do País. Acordo entre a multinacional Merck Serono e a Bionovis intermediado pelo Ministério da Saúde vai impulsionar as Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo (PDP) em andamento com o Governo Federal para a produção nacional de biofármacos.

A entrada da Merck Serono na parceria viabiliza a construção da fábrica que produzirá seis medicamentos biológicos, a partir de 2014. A parceria atual prevê investimento de R\$ 500 milhões para construção, desenvolvimento de produtos e transferências tecnológicas. A Bionovis pretende investir R\$ 1 bilhão na produção de medicamentos biológicos, no Brasil, nos próximos cinco anos.

Os produtos, que serão fabricados pelo Bionovis e os institutos públicos Fiocruz e IVB (Instituto Vital Brasil), são de última geração e de alto custo para o tratamento de doenças, como câncer e artrite reumatoide - Etanercepte, Rituximabe, Bevacizumabe, Cetuximabe, Infiximabe e Trastuzumabe.

O secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE), Carlos Gadelha, destacou que as PDPs relativas a esses seis medicamentos foram divulgadas, em junho de 2013. “Num período de cinco meses, já se conseguiu um parceiro tecnológico que domina o ciclo completo de produção e que contratualmente se compromete e nós vamos seguir, passo a passo, esse processo para que a transferência de tecnologia seja integral, desde o que eles chamam do lote semente, até a embalagem do produto, no Brasil”, explicou.

“Nossa intenção é transferir a tecnologia para que os produtos sejam totalmente manufaturados, aqui no Brasil. Assim, vamos aliviar a balança comercial negativa, ganhar com geração de empregos e formação de técnicos especializados, além de colocar o Brasil na independência desses produtos”, enfatizou o Presidente da Bionovis, Odnir Finotti.

REDUÇÃO DO DEFICIT - Considerando as PDPs existentes e previstas no Ministério da Saúde, com participação da Bionovis, haverá uma redução de cerca de 10% do déficit na balança comercial de medicamentos que, em 2012, atingiu US\$ 11 bilhões. A economia de divisas esperadas é de aproximadamente US\$ 1 bilhão.

O acordo com a Merck Serono garante a transferência tecnológica, em cinco anos, entre a multinacional e a empresa Bionovis, criada para a fabricação exclusiva de medicamentos biológicos e formada por quatro grandes laboratórios (Aché, EMS, União Química e Hypermarcas). A Merck Serono é uma das maiores empresas de medicamentos do mundo, distribui produtos em mais de 150 países. A empresa possui mais de 38 mil funcionários e, no ano passado, seu faturamento foi superior a 11 bilhões de Euros. “Considero um dos projetos mais relevantes, porque significa ampliar o acesso da população a medicamentos importantes a tratamentos extremamente sofisticados”, afirmou Vera Valente, representante da Merck Serono, no Brasil.

MEDICAMENTOS BIOLÓGICOS - Em junho de 2013, o Ministério da Saúde anunciou novas 27 parcerias entre laboratórios públicos e privados que resultarão na produção nacional de 14 biológicos. A produção nacional deve gerar economia de R\$ 225 milhões por ano. Atualmente, os biológicos consomem 43% dos recursos do Ministério da Saúde com medicamentos, cerca de R\$ 4 bilhões por ano, apesar de representarem 5% da quantidade adquirida. Com as medidas, o País aumenta para 25 o número de biológicos produzidos, nacionalmente. Os produtos biológicos são feitos a partir de material vivo e manufaturados, a partir de processos que envolvem medicina personalizada e biologia molecular.

Fonte: Agência Saúde, do Ministério da Saúde.

Um prêmio à análise das intervenções de farmacêuticos clínicos

■ DURANTE ESTUDO, FORAM AVALIADAS 6.438 PRESCRIÇÕES E REALIZADAS 933 INTERVENÇÕES FARMACÊUTICAS. A DOSE FOI O PROBLEMA MAIS ENCONTRADO, REPRESENTANDO 46,73% DO TOTAL.

Desde 2006, a *Einstein*, publicação de divulgação científica do Instituto Israelita de Ensino e Pesquisa Albert Einstein (ISSN 1679-4508), vem premiando anualmente os artigos originais da área da saúde, distribuídos nas categorias Medicina Cirúrgica, Medicina Clínica, Saúde Multiprofissional, Ciências Básicas/Medicina Experimental e Gestão e Economia em Saúde. Em 2013, os trabalhos foram selecionados entre os artigos submetidos para publicação, no período de 1/7/2012 até 30/6/2013. Concorreram ao prêmio 89 trabalhos distribuídos nas seguintes

áreas: Ciências Básicas e Medicina Experimental - 9 artigos; Medicina Clínica- 32 artigos; Medicina Cirúrgica- 18 artigos; Saúde Multiprofissional- 12 artigos; Gestão e Economia em Saúde- 18 artigos.

O objetivo deste prêmio é o fomento e divulgação de estudos nacionais. Os ganhadores recebem prêmios nos valores de R\$7.000,00 para os primeiros colocados, R\$3.000,00 para os segundos colocados e R\$ 2.000,00 para os terceiros colocados de cada categoria.

O Prof. Dr. Eric Roger Wroclawski foi o fundador e primeiro editor da *Einstein*. Falecido, em 2009, era médico urologista, foi Presidente da Sociedade Brasileira de Urologia e da Confederação Americana de Urologia e Professor de Urologia da Faculdade de Medicina do ABC.

Em 2013, o artigo “Análise das intervenções de farmacêuticos clínicos em um hospital de ensino terciário do Brasil”, ficou em primeiro lugar na categoria Saúde

Multiprofissional. O artigo foi elaborado como trabalho de conclusão da Residência, na área de atenção hospitalar, da farmacêutica Wälleri Reis e outros, e trata dos problemas da farmacoterapia e das intervenções farmacêuticas realizadas na avaliação de mais de 6000 prescrições, no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná.

RESUMO - O artigo tem por autores os farmacêuticos Wälleri Christini Torelli Reis, Carolinne Thays Scopel, Cassyano Januário Correr e Vânia Mari Salvi Andrzejewski. O objetivo do trabalho é analisar as intervenções realizadas por farmacêuticos clínicos, durante a revisão de prescrições médicas das Unidades de Terapia Intensiva Adulto, Terapia Intensiva Cardiológica e de Cardiologia Clínica de um hospital universitário terciário do Brasil.

MÉTODOS - A análise de prescrições foi realizada diariamente com avaliação dos seguintes parâmetros: dose, intervalo de administração, apresentação e/ou forma farmacêutica, presença de medicamentos inapropriados/desnecessários, necessidade de medicamento adicional, alternativas terapêuticas mais adequadas, presença de interações medicamentosas relevantes, inconsistências nas prescrições, incompatibilidades físico-químicas/estabilidade da solução.

A partir dessa avaliação, os problemas relacionados aos medicamentos foram classificados, bem como as intervenções farmacêuticas resultantes, conforme estabelecido pelo manual de farmácia clínica do hospital.

RESULTADOS- Durante o estudo, 6.438 prescrições foram avaliadas e foram realizadas 933 intervenções farmacêuticas. Os medicamentos mais envolvidos nos problemas foram ranitidina (28,44%), enoxaparina (13,76%) e meropenem (8,26%). A aceitação das intervenções foi de 76,32%. O problema mais comumente encontrado foi relacionado à dose, representando 46,73% do total.

CONCLUSÃO - Até 14,6% das prescrições avaliadas apresentaram algum problema relacionado a medicamentos. As intervenções farmacêuticas promoveram mudanças positivas em sete a cada dez dessas prescrições.



PERFIL INDUSTRIAL

Fiocruz apresenta 2º Censo da indústria farmoquímica nacional

Não há produção de matéria-prima para antibióticos, no Brasil; faltam consolidar a produção de insumos para antineoplásicos (para câncer) e investimentos para ampliar o parque produtor de medicamentos para doenças cardiovasculares, negligenciadas e para o sistema nervoso central. Estas são algumas das fragilidades apontadas pelo estudo “Avaliação do setor produtivo farmoquímico nacional – capacitação tecnológica e produtiva”, apresentado pelo Vice-Presidente de Produção e Inovação em Saúde (VPPIS) da Fiocruz, Jorge Bermudez, durante apresentação realizada, no auditório da Anvisa, em Brasília, que contou com a presença de representantes da indústria, do Governo e da pesquisa.

Este é o segundo censo da indústria farmoquímica nacional. O primeiro referiu-se ao período 2004-2007 e, também, foi realizado pela Fiocruz. O censo tem por objetivos mapear e identificar as empresas atuantes, no Brasil, analisar o esforço de inovação e parceiras, avaliar aspectos econômicos relacionados à estrutura de custos e de financiamento, recolher sugestões das empresas e elaborar relatório com informações capazes de subsidiar propostas para o setor, entre outros.

Hoje, são 36 indústrias no setor farmoquímico – 30 participaram do estudo. No censo anterior, eram 23. Quase 90%, no Sudeste, em especial, nos Estados do Rio de Janeiro e São Paulo e nas regiões metropolitanas de Campinas e Ribeirão Preto. A grande maioria (89%) tem capital nacional e, quanto à atividade produtiva, somente 47% são exclusivamente farmoquímica. Vinte e um por cento atuam como farmoquímica e farmacêutica (humana ou veterinária), 14% química ou excipiente e 14% extração (animal ou vegetal).

No que se refere aos recursos humanos, houve pequena redução na força de trabalho: de 2142, em 2007, para 2047, em 2012. No entanto, houve aumento no número de pós-graduados e graduados. Quanto ao finan-



O vice-presidente de Produção e Inovação em Saúde da Fiocruz, Jorge Bermudez, apresenta o estudo sobre o setor farmoquímico, em Brasília

ciamento público, 36% das indústrias recorrem ao Finep; 29%, ao BNDES; 14%, à Fapesp; e 4%, à Faperj.

Algumas utilizaram mais de uma fonte. Outras 39% informaram não estar utilizando, ou nunca ter utilizado recursos públicos. O grau de inovação em produtos é baixo, e a maioria das empresas trabalha com moléculas fora da proteção patentária, segundo o estudo. Bermudez observou ser heterogêneo o grau de consolidação das empresas – 12 têm capacidade tecnológica consolidada, nove estão em consolidação e outras seis não consolidadas.

Concessão de incentivos fiscais para as empresas de genéricos que usarem matéria-prima nacional, aumento da alíquota de importação, caso exista a mesma matéria-prima produzida, no Brasil, e aumento da oferta de financiamento público para indústrias de pequeno porte são algumas sugestões apresentadas pelas empresas, durante as visitas dos pesquisadores e que constam do relatório da Subcomissão Especial de Desenvolvimento do Complexo Industrial da Saúde, Produção de Fármacos, Equipamentos e outros insumos, da Comissão de Seguridade Social da Câmara dos Deputados, conforme observou Bermudez. Após a apresentação do estudo, os pesquisadores participaram de debate e responderam perguntas da platéia.

ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Saúde avalia uso de medicamentos

O Ministério da Saúde lançou uma pesquisa inédita, no País, sobre o acesso da população a medicamentos. A Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos (PNAUM) está entrevistando 38,4 mil pessoas, em 245 Municípios brasileiros, sobre temas, como o uso de medicamentos, acesso aos produtos no Sistema Único de Saúde (SUS), uso racional e a automedicação. O público entrevistado é dividido por gênero, escolaridade e em sete faixas etárias- desde crianças a idosos. As informações são transmitidas, em tempo real, por *tablets*, e a previsão é que, em 2014, os dados do inquérito estejam finalizados.

Para o Secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde, Carlos Gadelha, os resultados da pesquisa vão possibilitar conhecer os hábitos da população e tornar possível o uso racional de medicamentos. Só nos últimos cinco anos, houve quase 60 mil internações por intoxicação medicamentosa. “A pesquisa vai oferecer um diagnóstico sobre a relação da população com o remédio e mostrar o que ainda podemos melhorar. Já aumentamos a oferta de remédios e o orçamento para a compra de medicamentos subiu quase seis vezes, nos últimos dez anos. Queremos garantir que toda a população saiba que o tratamento está à disposição e como fazê-lo, da forma mais segura possível”, afirmou.

Ainda segundo Gadelha, o medicamento é um bem somente se for usado de forma adequada. “Queremos mostrar para as pessoas que a saúde é composta por uma série de bons hábitos, desde uma boa alimentação à prática regular de exercícios. Precisamos evitar que o brasileiro continue com esta ideia de que somente o medicamento é que traz saúde e qualidade de vida. A saúde é um conjunto de ações”, destacou o Secretário.

APURAÇÃO - Os 140 entrevistadores estão em campo, desde setembro de 2013, para coletar os dados que estão sendo analisados por professores-pesquisadores de 12 instituições parceiras do Ministério: Universidades Federais do Rio Grande do Sul (UFRGS), Minas Gerais (UFMG), Ceará (UFC), Brasília (UnB), Santa Cata-

PESQUISA NACIONAL SOBRE ACESSO, UTILIZAÇÃO E PROMOÇÃO DO USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS MOSTRARÁ COMO O BRASILEIRO CONSOME REMÉDIOS E O ACESSO À POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NA ATENÇÃO BÁSICA

rina (UFSC), Bahia (UFBA), São Paulo (Unifesp), Pelotas (UFPel) e Campinas (Unicamp), Faculdade de Medicina da Santa Casa de São Paulo, Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e Organização Pan-Americana da Saúde (Opas).

A coordenação dos trabalhos será de responsabilidade das Universidades Federais do Rio Grande do Sul (UFRGS) e de Minas Gerais (UFMG). “É muito importante as Universidades estarem trabalhando junto com o Ministério da Saúde para a melhoria do Sistema Único de Saúde”, disse o Vice-Reitor da UFRGS, Rui Oppermann.

A pesquisa, também, vai revelar como ocorre o acesso a esses produtos no SUS, pelo programa Farmácia Popular e pelas drogarias privadas; se as pessoas seguem as prescrições médicas e se persistem no tratamento com medicamentos; se há variação no acesso aos produtos, de acordo com as condições sociais, econômicas e demográficas; e a avaliação dos serviços de assistência farmacêutica na atenção básica e uso racional de medicamentos pela população. O levantamento vai contar um investimento de R\$ 9,4 milhões e vai mostrar como é a utilização dos medicamentos para as doenças mais comuns e para as crônicas.

ENTREVISTA - A pesquisa será dividida em duas etapas. A primeira será realizada, nos domicílios dos 26 Estados e no Distrito Federal. A segunda parte da PNAUM será a aplicação de questionário nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e nos locais de entrega dos medicamentos nesses serviços. Nesta etapa, secretários de Saúde, coordenadores municipais da Assistência Farmacêutica, responsáveis pela distribuição de medicamentos nas farmácias ligadas ao SUS, médicos e usuários, também, serão entrevistados. O enfoque será o funcionamento dos serviços de assistência farmacêutica.

Fonte: Agência Saúde do Ministério da Saúde (Daniela Martins e Vera Stumm).

Especialista diz que falta política adequada para toxicologia forense

“Hoje em dia, o surgimento de novas drogas sintéticas mais potentes demanda o desenvolvimento de novos métodos para identificar e qualificar essas substâncias. A falta de uma política adequada a padrões de referência, no entanto, é o maior entrave ao desenvolvimento da toxicologia forense”. A observação é do Chefe do Laboratório de Toxicologia do Centro de Estudo da Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana da Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp/Fiocruz), Sérgio Rabello Alves.

Segundo ele, o poder público não autoriza a importação de drogas certificadas, em razão de sua característica controlada. “Essa é uma questão regulatória dos ministérios da Saúde e da Justiça, que precisam flexibilizar as normas em prol da aquisição dessas drogas com alto teor de pureza, para fins de pesquisa em laboratórios de referência. A alegação do Governo é em relação aos aspectos de segurança pública”, afirmou.

Historicamente, a toxicologia é dividida em três fases. A primeira é caracterizada pelo contato inicial do homem com produtos e misturas, que ocorreu em virtude do desenvolvimento da agricultura e do armamento, e o contato com o fogo. A segunda fase é mais obscura, datada, na Idade Média, e caracterizada por envenenamentos de grau importante por compostos arsenicais.

Por isso, explicou Alves, existiam os provadores de comida dos reis, mas a investigação da causa mortis e a necrópsia não eram autorizadas pela Igreja. A terceira fase refere-se à moderna toxicologia. Segundo Paracelsus (séculos 15/16), fundador da disciplina de toxicologia, todas as substâncias são veneno.

A dose certa diferencia o veneno do remédio. A partir da segunda metade da década de 1940, cresceu o número de patentes registradas como substâncias químicas, assim como os homicídios e suicídios associados a substâncias químicas.

MULTIDISCIPLINAR - Conforme disse Alves, a toxicologia é uma ciência multidisciplinar que investiga agentes tóxicos e o grau de nocividade nos organismos vivos, subdividida em diversas áreas: descritiva, mecânica, forense, clínica, ambiental, ocupacional, analítica. Para ele, qualquer aplicação ou estudo de tóxicos para



A toxicologia é uma ciência que investiga agentes tóxicos e o grau de nocividade nos organismos vivos, subdividida em diversas áreas: descritiva, mecânica, forense, clínica, ambiental, ocupacional, analítica

elucidar procedimentos legais ou judiciais refere-se à toxicologia forense.

Sua aplicação serve para reconstrução de dinâmicas de eventos; determinação de morte por homicídio, suicídio, acidentes industriais, acidentes com veículos automotivos e reações adversas; e casos por indução de drogas (assassinatos, casos psiquiátricos e violência sexual). Para garantir qualidade, a análise da toxicologia forense deve ter resultado inequívoco e laudo irrefutável. No entanto, de acordo com Alves, não existe laudo irrefutável, pois sempre pode se achar algum detalhe que não foi evidenciado.

A análise toxicológica sistemática de substâncias desconhecidas prevê o seguinte processo: estratégia analítica de amostras, desenvolvimento analítico toxicocinético e investigação da toxicidade. Esse processo, que leva de dois a três meses, é cercado de uma política de garantia de qualidade. Na cadeia da custódia, a amostra toxicológica percorre o seguinte caminho: coleta, processamento, extração, preparo, análise propriamente dita, finalizando com a elaboração do laudo.

Segundo Alves, caso não tenha controle desse fluxo, o juiz pode questionar o laudo, que pode ser invalidado. Depois do etanol, que lidera o número de amostras toxicológicas, o segundo lugar é ocupado pelo “chumbinho”, nome popular de um poderoso inseticida agrícola cujo princípio ativo é o aldicarb, do grupo químico dos carbamatos.

Nos casos sem histórico, os técnicos lançam mão de testes de *screening*, métodos de triagem e, depois, testes mais confirmatórios, para aumentar o grau de certeza, a exemplo da análise de cromatografia. Quando não há suspeição da substância química, a tecnologia mais utilizada é a análise toxicológica sistemática, que se utiliza da padronização de métodos analíticos, inclusive é a mais aplicada na Europa, informou Alves.

As amostras clínicas (pessoas vivas) são de sangue, a mais usual, cabelo, saliva e urina. Já no caso de análise

post mortem, são avaliados o estado do corpo, o sangue, assim como são utilizadas outras amostras, como do fígado e do cabelo. Essa última é bem eficiente no caso de levantamento histórico da utilização de substâncias e exposição a metais pesados, porque, inclusive, pode ser lavado para eliminação de substâncias exógenas. Também, é muito usado em programas de reabilitação para monitoramento de abstinência de dependentes químicos.

A partir da segunda metade da década de 1990, aumentou o número de publicações na área de toxicologia forense, das quais duas delas se destacam: “Forensic Science Internacional” e “American Journal Forensic Medical Pathology”. Nelas, os principais assuntos abordados giram em torno de desenvolvimento de métodos analítico ou amostragem; investigação e aplicação dos métodos analíticos; estratégias analíticas; entre outros.

Fonte: Informe Ensp

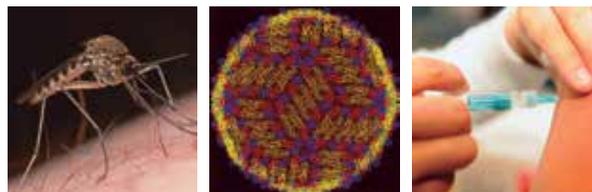
DENGUE

Estudo definirá público para receber vacina

ENCOMENDADA PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE, A PESQUISA INTEGRA AS MEDIDAS PREPARATÓRIAS PARA A INTRODUÇÃO DA VACINA CONTRA A DOENÇA.

O Ministério da Saúde está financiando um estudo que tem como finalidade indicar as áreas e os públicos prioritários a serem imunizados contra a dengue. O estudo integra as medidas preparatórias para a introdução da vacina contra a doença, no Brasil, e conta com recursos de R\$ 5,3 milhões.

Um grupo de trabalho, formado por técnicos do Ministério da Saúde, Anvisa e especialistas de diversas universidades, como a Escola Paulista de Medicina e a Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), irá elaborar um plano para subsidiar o Ministério da Saúde na definição das áreas e grupos etários para receber a vacina.



O estudo é dividido em três partes, um inquérito soropidemiológico, um de morbi-mortalidade e outro de imunidade celular. O inquérito soropidemiológico será realizado, em 63 cidades representativas das cinco regiões do País. O objetivo do inquérito é determinar o grau de imunidade da população à infecção pelo vírus da dengue. Serão coletadas cerca de mil amostras de sangue por cidade, na faixa etária de um a 20 anos. As amostras das outras faixas etárias serão obtidas na Pesquisa Nacional de Saúde (PNS).

O trabalho de morbi-mortalidade consiste em uma ampla revisão dos artigos e informações científicas sobre dengue, no Brasil, publicadas em periódicos nacionais e internacionais. A meta é coletar informações epidemiológicas para caracterizar a ocorrência, o perfil da transmissão de dengue, no País, reunindo informações adicionais sobre grupos etários vulneráveis, taxas de letalidade e sorotipos circulantes.

Já a pesquisa de imunidade celular será realizada em pessoas infectadas pelos sorotipos DENV 1, 2, 3 e 4. O objetivo é avaliar a resposta imunológica desses pacientes e o desenvolvimento dos casos graves da doença. Os trabalhos subsidiarão a elaboração de modelos matemáticos que servirão como ferramenta para apoiar o Ministério da Saúde na definição do público que receberá a vacina contra a dengue. Todo o estudo deve estar concluído, em dois anos.

TESTES - A vacina brasileira contra a dengue, que já está em fase de testes em humanos, é desenvolvida pelo Instituto Butantan, com o apoio do Ministério da Saúde. A expectativa é que o imunobiológico seja administrado em uma única dose e combata os quatro sorotipos da doença (1, 2, 3 e 4) já identificados, no

mundo. A técnica utiliza o chamado vírus atenuado. Isto é, o próprio vírus da dengue modificado, de maneira que produz anticorpos na população, mas não desenvolve a doença. A pesquisa pelo Instituto Butantan iniciou-se, em 2006.

No mundo, estão sendo testadas sete vacinas. No Brasil, além do Butantan, o Instituto de Tecnologia em Imunobiológicos Bio-Manguinhos, da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), também, está pesquisando uma nova vacina contra a dengue, com apoio do Ministério da Saúde. Os estudos são realizados, desde 2009, em parceria com o laboratório privado GSK. A previsão é que a vacina seja concluída, no prazo de cinco anos.

Fonte: Agência Saúde, do Ministério da Saúde.

Hospira fortalece seu portfólio, no Brasil, com aquisição da Evolabis Produtos Farmacêuticos

A Hospira, Inc. (NYSE: HSP), líder mundial em medicamentos injetáveis e tecnologias de infusão, anunciou, em fevereiro de 2014, a aquisição de um laboratório brasileiro de produtos oncológicos, a Evolabis Produtos Farmacêuticos Ltda., para apoiar o crescimento de seus negócios, no Brasil. Com um histórico de mais de 11 anos no mercado nacional e importantes medicamentos oncológicos injetáveis em seu portfólio, a Evolabis é uma forte presença nos principais centros oncológicos brasileiros.

“A Evolabis se encaixa perfeitamente no plano de crescimento da Hospira, no Brasil,” disse Alexandre Seraphim, *Country Manager* da Hospira Brasil. “O Brasil é um mercado em expansão no qual estamos fazendo investimentos signifi-



cativos, onde planejamos expandir nosso portfólio de produtos, nos próximos anos, de forma a melhorar o acesso de pacientes e profissionais de saúde aos medicamentos injetáveis que salvam vidas”, acrescentou.

Farmácia em português

Pelo jornalista Aloísio Brandão,
Editor desta revista.



Dr. Valmir de Santi, Vice-Presidente do CFF, elegeu-se Vice-Presidente da AFPLP.

A busca pela integração entre os farmacêuticos dos países lusófonos, a criação de um selo de qualidade emitido pela AFPLP (Associação dos Farmacêuticos dos Países de Língua Portuguesa) às faculdades de Farmácia; a criação e coordenação de um mestrado online multicêntrico (Brasil e Portugal) que contemplaria professores, coordenadores de cursos e estudantes de Farmácia; instituição de bolsas de ensino, em mestrado e doutorado, para estudantes dos países que falam português. Estas são algumas das propostas defendidas pela diretoria da AFPLP na assembleia-geral da instituição, realizada, em Luanda (Angola), em 2013, em que foram eleitos os brasileiros Valmir de Santi, Vice-Presidente do Conselho Federal de Farmácia (CFF), e José Vílmore Silva Lopes Júnior Diretor, Diretor Secretário-

Geral do CFF, para os cargos de Vice-Presidente da Associação e Presidente do seu Conselho Fiscal. Lucilo Williams, de Moçambique, elegeu-se Presidente da AFPLP.

O mandato da nova diretoria vai até 2014. Criada, em 1993, a AFPLP reúne as instituições representativas dos farmacêuticos de Angola, Brasil, Cabo Verde, Guiné-Bissau, Moçambique, Portugal e São Tomé e Príncipe. A África portuguesa ainda não conseguiu dar um grande salto em direção ao fortalecimento da profissão farmacêutica, mas é crescente a grita entre os profissionais pela implantação de uma política pública para o setor e a criação de elos entre os profissionais dos países.

Nesse sentido, a 13ª Assembleia Geral da AFPLP aprovou,

por unanimidade, uma resolução em favor da prestação de serviços profissionais pelas farmácias que será encaminhada à população e aos governos dos países. Por outro lado, a diretoria eleita alinhavou propostas de ação para a gestão.

PROPOSTAS - Entre as propostas apresentadas pelo Presidente eleito Lucilo Williams estão a criação de um selo de qualidade a ser emitido pela Associação às faculdades de Farmácia; a criação e coordenação de um mestrado online multicêntrico (Brasil e Portugal) que contemplaria professores, coordenadores de cursos e estudantes de Farmácia; instituição de bolsas de ensino, em mestrado e doutorado, para estudantes dos países lusófonos; divulgação de cursos de pós-graduação; implantação de tutoria de jovens farmacêuticos sob a liderança de farmacêuticos sênior; implantação de um prêmio farmacêutico lusófono, entre outras.

SERVIÇOS DE QUALIDADE - A busca da qualidade dos serviços farmacêuticos prestados, nas farmácias, é outra preocupação da AFPLP e tema dos mais debatidos no Congresso, em Luanda. Ali, os farmacêuticos propuseram

a implantação, em todos os países de língua portuguesa, de sistemas de registro e aprovação de medicamentos, bem como sistemas de farmacovigilância.

Os brasileiros apresentaram aos seus pares os novos paradigmas da farmácia, no Brasil. Falaram da inclinação dos profissionais para a área clínica, dos debates em torno da prescrição farmacêutica e da migração de muitas farmácias para um modelo mais focalizado nos cuidados profissionais.

FARMED - Outra decisão relevante, -tomada, em Angola, foi a formação do Farmed, um fórum das autoridades reguladoras de medicamentos no espaço lusófono. O objetivo do Farmed é cooperar e harmonizar aspetos de carácter regulamentar, registro de medicamentos, licenciamento e inspeção. No Congresso, foi, ainda, assinado um protocolo de cooperação entre a Direção Nacional de Medicamentos e Equipamentos, Ministério da Saúde de Angola e a Faculdade de Farmácia da Universidade de Lisboa. Oitocentos farmacêuticos de todos os países de língua portuguesa participaram do Congresso. O próximo evento será realizado, em Moçambique, em 2015.



José Vílmor Silva Lopes Júnior Diretor, Diretor Secretário-Geral do CFF, foi escolhido Presidente do Conselho Fiscal da Associação.

Arouca, um nome para sempre

Passaram-se dez anos da morte do médico sanitarista Sérgio Arouca e a memória do brasileiro sobre a sua obra continua viva e intacta, principalmente, entre profissionais de saúde. Aos 61 anos de idade, o Ex-Presidente da Fiocruz faleceu, por conta de um câncer no fígado, mas deixou um legado que o tornou uma referência mundial, graças à sua produção científica e sua participação em lutas coletivas, que deram início à implantação do Sistema Único de Saúde (SUS). Duas décadas e meia depois de promulgada a Constituição Federal que criou o SUS, os profissionais da área festejam a conquista. E, ao festejá-la, celebram a memória de Arouca.

O elo entre o sanitarista e o que viria a se tornar o SUS foi firmado, a partir de 1986, quando ocorreu a 8ª Conferência Nacional de Saúde. Entre os temas, estavam: “Saúde como Direito”, “Reformulação do Sistema Nacional de Saúde” e “Financiamento do Setor”. Foi graças a esta Conferência, presidida por Arouca, que algumas etapas importantes foram logradas, como a implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) – o primeiro



Médico sanitarista Sérgio Arouca participou de lutas coletivas que resultaram na implantação do SUS

grande passo para o SUS – e as bases para a seção Da Saúde da Constituição de 1988 – que classificou a saúde como um direito de todos e dever do Estado. Além disso, foi de suma importância para a propagação do movimento da Reforma Sanitária.

Um ano antes da 8ª CNS, Arouca fora nomeado Presidente da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), uma das principais instituições em pesquisas na área da saúde pública, no País. Quando Presidente, a Fiocruz avançou e se tornou referência na formulação e discussão da política de saúde.

Por conta de toda sua história, o maior líder da reforma sanitária brasileira foi lembrado nas solenidades dos 59 anos da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), em setembro de 2013. Durante os debates, realizados por sanitaristas e pesquisadores, no auditório da ENSP – ali, foram discutidos assuntos como o resgate da reforma sanitária e o rumo privatista do SUS –, os presentes colocaram máscaras estampadas com uma caricatura de Arouca, que foi desenhada, há 20 anos, pelo cartunista Ziraldo. O vídeo “O pensamento crítico de Sergio Arouca”, produzido pelo “Canal Saúde”, da Fiocruz, que traz momentos históricos da militância de Arouca, como sua luta pela Reforma Sanitária, também, foi exibido.

A Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) e o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (Cebes) foram igualmente homenageados. Entre os participantes da cerimônia, estavam o Presidente da Fiocruz, Paulo Gadelha, o

Diretor da ENSP, Hermano Castro, e o Presidente do Sindicato dos Trabalhadores da Fiocruz (Asfoc-SN), Paulo Garrido.

DESIGUALDADES - Cabe observar, no entanto, que restam algumas frustrações para os que efetivamente querem um SUS para todos. “Nossos indicadores relacionados à qualidade de vida e inclusão social no campo da saúde tiveram muitos avanços, mas ainda temos um SUS que apresenta desafios enormes”, expôs o Presidente da Fiocruz, Paulo Gadelha, durante as discussões no auditório da ENSP.

Na prática, é possível notar que a falta de leitos em hospitais, de consultas especializadas, de servidores e de medicamentos, ainda, é um axioma. Muitos acreditam que isso é um exemplo do descontentamento que resultou no grito das ruas pedindo por melhorias junto a diversos movimentos.

“Ninguém foi pedir plano de saúde barato ou pago pelo Estado. Foram pedir respeito aos direitos do cidadão”, lembrou a pesquisadora da Fundação Getúlio Vargas, Sonia Fleury, ainda, no auditório. Em meio às questões relacionadas ao rumo que o SUS poderá tomar, o médico pediatra e sanitarista Gilson Carvalho alertou: “Para onde vai o SUS, depende de como vamos enfrentar esses desafios. A persistir o atual cenário em que até o Governo favorece a mitigação do direito à saúde, nos restará um SUS básico para pobre”.

Por Anderson Souza, estagiário de Jornalismo nesta revista, com a coordenação do jornalista Aloísio Brandão, editor.



Farmácia nas ondas do rádio

Farmacêuticos e população têm um encontro, todas as quartas-feiras, às 15h30, em torno de temas relacionados à saúde e, sempre, com um sentido de utilidade pública. Há mais de dez anos, a "Rádio Nacional da Amazônia" (Ondas Curtas 11.780KHz e 6.180KHz), emissora da EBC (Empresa Brasil de Comunicação), leva ao ar um quadro de entrevistas com farmacêuticos de todos os segmentos profissionais.

A mesma entrevista, com nova edição, é transmitida, também, por uma rede de 900 emissoras localizadas, em todo o País, e liderada pela "Agência Radio Web", atingindo um público estimado de 60 milhões de ouvintes. A produção da entrevista conta com a participação do Conselho Federal de Farmácia (CFF).

Ouçã a ENTREVISTA FARMACÊUTICA, ao vivo, pelas emissoras de rádio de sua cidade ou pela Internet (<http://www.ebc.com.br/sobre-a-ebc/veiculos-da-ebc/radios/radio-nacional-da-amazonia>). Ou ouça a gravação na página do CFF, no endereço

(<http://www.cff.org.br/pagina.php?id=687&menu=145&titulo=Arquivo+de+Entrevistas>). A pauta de cada entrevista encontra-se na capa site do CFF, dois dias antes de ir ao ar.



Conselho
Federal de
Farmácia



Conselho Federal de Farmácia

CURSO DE CAPACITAÇÃO EM FARMÁCIA HOSPITALAR

Curso idealizado e elaborado pelo Grupo de Trabalho em Farmácia Hospitalar do Conselho Federal de Farmácia.

Calendário - 1º Semestre 2014

Datas	Espírito Santo	Pará	Alagoas
9/10Mai14	Módulo 4	Módulo 1	Módulo 2
23/24Mai14	Módulo 1	Módulo 2	Módulo 5
6/7Jun14	Módulo 6	Módulo 3	Módulo 1
1/2Ago14	Módulo 2	Módulo 4	Módulo 3
15/16Ago14	Módulo 3	Módulo 5	Módulo 6
29/30Ago14	Módulo 5	Módulo 6	Módulo 4

REALIZAÇÃO:



Conselho
Federal de
Farmácia
www.cff.org.br

APOIO:



CRF-ES
Conselho Regional de Farmácia
Espírito Santo

CRF - PA
Conselho Regional de Farmácia - Pará

COORDENAÇÃO:

Grupo de Trabalho sobre
Farmácia Hospitalar

O CURSO É CHANCELADO POR:



INFORMAÇÕES E INSCRIÇÕES:
www.cff.org.br
VAGAS LIMITADAS