

CRF

Conselho Regional de Farmácia do Estado da Bahia
www.crf-ba.org.br

Ano II - Nº 7 - Dezembro/2008

BA

em Revista

ISSN 1981-8378

Farmacêutico faz a diferença na adesão do paciente ao tratamento



**Mercado de trabalho na área da Farmácia
em Oncologia se amplia mais a cada dia**

Página 17

**Inaugurada subsede
de Juazeiro**

Página 29

Um brinde especial!

Com a inauguração da subseção de Juazeiro, o Conselho Regional de Farmácia no Estado da Bahia fechou 2008 com “chave de ouro”! O presidente Dr. Altamiro Santos anuncia que a nova seccional concluiu o projeto de interiorização do conselho, que passa a ter a sua estrutura administrativa ampliada, cobrindo as seis microrregiões do nosso Estado. Além disso, muitas foram as vitórias, nos mais diversos campos de atuação. Nesta edição, a Diretoria traz um breve balanço das realizações e conquistas para que todos possam acompanhar e celebrar.

A Revista do CRF/BA também traz a cobertura completa do evento que enfocou as dificuldades enfrentadas pelos profissionais de saúde para assegurar a adesão dos pacientes ao tratamento. O que inclui, no foco principal, a adesão ao uso de medicamentos. O debate, aprofundado e bem repercutido na categoria, envolveu a participação de palestrantes baianos e convidados de outros estados.

No âmbito da produção acadêmica, publicamos dois textos científicos. A Dra. Dennise Dutra Amorim Cerqueira, a Dra. Sibebe de Oliveira Tozetto e a Dra. Maria

Lúcia Fernandes de Castro (orientadora) enfocaram o tema “O uso do contraceptivo DIU (Dispositivo Intra Uterino) e suas indicações uma revisão bibliográfica”, enquanto a Dra. Luciane Cruz Lopes traz o artigo “Medicamentos Antineoplásicos e Ações Judiciais: Contribuição para o Modelo de Assistência Farmacêutica no SUS”.

São boas as notícias da Sociedade Brasileira de Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde (SBRAFH), que lança um manual com orientação para os profissionais. E o exemplo do brilhantismo com que farmacêuticos da área de Oncologia conquistam mais espaço, a cada dia, em hospitais e clínicas especializadas, completam os destaques desta publicação.

Para 2009, as perspectivas são ainda melhores. Pra começar, comemoramos o Dia do Farmacêutico, com muito orgulho e disposição para continuar nos empenhando na construção de mais conquistas! E seguimos adiante, agradecendo aos profissionais da nossa categoria e demais parceiros comprometidos com esta meta de êxito. A todos, propomos um brinde especial!

A Diretoria



Editado pelo Conselho Regional de Farmácia do Estado da Bahia

ISSN 1981-8378

DIRETORIA

Dr. Altamiro José dos Santos - Presidente
Dr. Eustáquio Linhares Borges - Vice-presidente
Dr. Jacob Germano Cabús - Tesoureiro

CONSELHEIROS EFETIVOS

Dr. Altamiro José dos Santos
Dra. Ângela Maria de Carvalho Pontes
Dr. Cleuber Franco Fontes
Dr. Clovis de Santana Reis
Dra. Cristina Maria Ravazzano Fontes
Dra. Eliana Cristina de Santana Fiáis
Dr. Eustáquio Linhares Borges
Dra. Fernanda Washington de Mendonça Lima
Dr. Jacob Germano Cabús
Dra. Maria Lúcia Fernandes de Castro
Dra. Sônia Maria Carvalho
Dra. Tânia Fraga Barros

CONSELHEIROS SUPLENTE

Dra. Edenia Socorro Araújo dos Santos
Dra. Marly Gonçalves Albuquerque
Dra. Mara Zélia de Almeida

CONSELHEIRO FEDERAL EFETIVO

Dr. Jorge Antonio Pítton Nascimento

CONSELHEIRO FEDERAL SUPLENTE

Dr. Edmar Caetité Júnior

JORNALISTA RESPONSÁVEL

Rosemary Silva Freitas - DRT/BA - 1612

EDITORAÇÃO ELETRÔNICA

Lucca Duarte

IMPRESSÃO GRÁFICA

Gráfica Santa Bárbara

TIRAGEM DESTA EDIÇÃO

4.500 mil

Horário de Funcionamento do CRF/BA

Das 9h às 17h

Rua Dom Basílio Mendes Ribeiro, 127 - Ondina - Cep. 40170-120
Salvador - BA - Tels.: (71) 3368-8800 / 3368-8849 / Fax: 3368-8811
www.crf-ba.org.br / e-mail: crf-ba@crf-ba.org.br

4



Seminário aprofunda debate sobre adesão ao medicamento

Evento promovido pela Comissão de Farmácia Hospitalar do CRF/BA abordou a adesão ao medicamento sob os mais variados aspectos, reunindo palestrantes baianos e de outros estados.

13



SBRAFH lança manual para profissionais

A Sociedade Brasileira de Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde (SBRAFH) realizou lançamento da edição atualizada do Manual "Padrões Mínimos para Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde".

17

Farmácia em Oncologia

Especialistas na área formam câmara técnica no Conselho Regional de Farmácia do Estado da Bahia.

19

Artigos científicos

"O uso do contraceptivo DIU (Dispositivo Intra-Uterino) e suas indicações: uma revisão bibliográfica" (Autoras: Dra. Dennise Dutra Amorim Cerqueira, Dra. Sibebe de Oliveira Tozetto, sob orientação da Dra. Maria Lúcia Fernandes de Castro) e "Medicamentos antineoplásicos e ações judiciais: contribuição para o modelo de assistência farmacêutica no SUS" (Autora: Dra. Luciane Cruz Lopes -UNISO).

26



Laboratórios alcançam importantes conquistas

Depois de muita luta, legislação permite que os laboratórios optem pelo sistema de tributação mais leve, que abrange as empresas enquadradas no lucro presumido. Além disso, o reajuste da tabela do SUS também é uma conquista importante.

29



Nova subsede em Juazeiro

Com a inauguração da nova subsede em Juazeiro, a Diretoria do CRF/BA completa a estrutura que apoia todas as microrregiões do Estado.

31



Programe-se

Confira a agenda com os eventos científico-culturais mais relevantes!

Adesão ao medicamento: Um desafio para o farmacêutico em todas as áreas



Em destaque, membros da Comissão de Farmácia Hospitalar do CRF/BA: Dra. Hesíquia Albuquerque, Dra. Nívea Maria Silva e Dr. Helder Almirante

A falta de adesão dos pacientes ao tratamento prescrito pelos profissionais de saúde constitui-se em uma das principais causas para o insucesso das terapêuticas. Mas será que o problema deve ser encarado como uma simples demonstração de rebeldia?

A Comissão de Farmácia Hospitalar do Conselho Regional de Farmácia do Estado da Bahia realizou um debate aprofundado sobre a adesão ao medicamento, em um seminário que reuniu um grande público, no dia 18 de outubro, em Salvador.

A coordenadora do evento, Dra. Edênia Santos, tomou como ponto de partida a posição da Organização Mundial de Saúde (OMS), que enfoca a adesão como um fenômeno multi-dimensional, englobando fatores sociais e econômicos. Assim, o tema foi abordado em um contexto maior, situando-o como resultante da atuação de uma equipe de profissionais de saúde em interação com as condições individuais assumidas por cada paciente.

O seminário cumpriu o objetivo de discutir a questão proposta a partir deste ângulo, considerando-a como uma consequência da relação estabelecida entre os pacientes e a equipe de saúde que os assiste. O programa abrangeu, dentre os principais sub-temas, os fundamentos cognitivos e comportamentais, a avaliação e a intervenção sobre a adesão.

Compuseram a equipe de palestrantes convidados: Dra. Gladys Almeida (psicóloga do GAPA-BA), Dr. Clóvis Reis (farmacêutico do INAF-BA); Dra.

Lia Lusitana (diretora presidente da Sobravime); Dr. Ernani Santa Helena (médico de Santa Catarina); Dra. Andréa Ungari (farmacêutica da Central de Quimioterapia do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto); Dr. Alikson Moura (farmacêutico da Farmácia Drive Thru) e Dr. Adriano Góes da Silva (farmacêutico do CREAIDS).



Os palestrantes convidados apresentaram uma visão multi-dimensional da adesão, abrangendo fatores diversos

“A conquista é alcançada a cada dia”

A psicóloga Gladys Almeida apresentou um estudo de caso sobre pacientes com HIV/AIDS. O objetivo foi identificar, por meio de referencial teórico, quais são as representações sociais e as percepções das pessoas que convivem com o vírus da AIDS. Ela também falou sobre a importância do encontro e do processo de discussão e de diálogo, envolvendo profissionais de saúde.

“No nosso estudo, realizado no ano de 2006, com apoio da Fundação Elton John e de uma instituição inglesa, constatamos que a adesão é uma conquista alcançada a cada dia” – revelou a psicóloga. “Estamos nos referindo a uma pessoa que convive com o HIV/AIDS, diariamente. Ela traz representações muito próprias e pessoais acerca da doença. A adesão não acontece em um determinado momento, trata-se de um processo contínuo”.

A técnica de pesquisa utilizada é denominada de “grupo focal” e implicou na seleção de nove pacientes (quatro homens e cinco mulheres), todos atendidos pelo SUS, positivos para o HIV e fazendo uso da terapia anti-retroviral. Alguns desenvolveram doenças oportunistas ou apresentaram um processo de adoecimento que os levaram à hospitalização.

Ao falar sobre o conceito de adesão, a Dra. Gladys Almeida utilizou uma definição do Programa Nacional DST/AIDS/MS. Segundo ela, a adesão é um processo dinâmico e multifatorial que abrange aspectos físicos, psicológicos, sociais, culturais e comportamentais, ao mesmo tempo em que requer decisões comparti-

lhadas e co-responsabilizadas.

“Nós elaboramos cinco questões abordando o que levou o paciente a fazer uso da terapia anti-retroviral. Obtivemos uma resposta que ressalta “o resgate da vida” como o núcleo central para o nosso estudo, uma vez que perpassa todos os discursos. Podemos considerar como a resposta do grupo o fato do uso da terapia anti-retroviral significar o uso de uma terapia motivada pelo sentimento de querer viver”.



Dra. Gladys Almeida

A psicóloga argumenta que a possibilidade de morte é eminente para quem convive com o HIV/AIDS. E relata outros depoimentos: “Vamos contrapor a busca do desejo de querer viver com a eminência da morte, a partir da fala de um dos pacientes. Para ele, que enfrentava o medo da doença e de morrer, o medicamento era usado para ter qualidade de vida. um deles, com 54 anos de idade, dizia: “Eu quero me sentir melhor

usando a medicação, mesmo que eu tenha que morrer”.

Os pacientes colocaram a dificuldade de engolir o comprimido. Não houve relatos que consideraram fácil e tranquilo aderir à terapia anti-retroviral. O início do uso desta tratamento, geralmente, implica em dificuldades e em complicações, além de manter uma lembrança recorrente da doença. Assim, o fato do paciente ser obrigado a tomar um comprimido mantém acesa a sua memória sobre o fato de estar doente.

Os pacientes têm que aceitar o tratamento, mesmo que seja difícil mastigar oito comprimidos por dia. Além de amargos, tais medicamentos tiram o apetite e provocam muitos outros efeitos colaterais. Gladys também percebeu que há uma série de barganhas que os pacientes colocam, ao usar a terapia anti-retroviral. “Eles sempre encontram formas de compensar o fato de estarem usando o medicamento. Para um paciente, por exemplo, a adesão significava fazer um casamento com a SIDA. A sigla invertida da AIDS. Para eles, como é preciso usar, então faz-se a aderência. Esse é o sentimento do paciente”.

Quando os profissionais envolvidos nessa problemática falam em parceria para adesão, estão se referindo à relação formalizada entre o médico, o paciente e outros profissionais de saúde envolvidos. Esta relação é denominada de aliança terapêutica. E funciona como uma forma de estabelecer um campo de diálogo entre o prescritor e o paciente, o qual envolve a escuta, o olhar.

“Reforçamos a importância do diálogo com o paciente”

O farmacêutico do INAF, Dr. Clóvis Reis, proferiu explanação sobre adesão dentro de uma prática que é Atenção Farmacêutica. Com a proposta específica de melhorar as experiências de medicação do paciente, os profissionais desta área trabalham com a perspectiva de interagir em profundidade com os mesmos, buscando entender sua experiência, sua história de utilização de medicamentos.

“A principal questão que nós reportamos, inicialmente, é a fala de alguns pacientes que lidam com problemas de terapia” – conta Reis. “Eles dizem, frequentemente, que não sabem porque estão tomando aqueles medicamentos. Chegam a imaginar que não têm nenhum problema de saúde que justifique a utilização do remédio, mas acreditam que o médico deve saber porque prescreveu”.

Assim, segundo o farmacêutico, estas são as reclamações mais freqüentes entre os pacientes que se tratam com terapia medicamentosa. A partir destas queixas, o paciente se acomoda aos problemas que enfrenta e não adere ao tratamento. Os relatos demonstram que o índice dos pacientes que utilizam medicamentos e apresentam alguns problemas, cujas conseqüências vão desde falhas terapêuticas a intoxicações, está acima de 60%.

“Precisamos questionar qual é o real problema resultante de uma terapia medicamentosa? É real-

mente a adesão, o problema que aflige o paciente?” – comenta Dr. Clóvis Reis. “Para tentar responder a esta questão vamos buscar uma das definições extraídas do projeto



Dr. Clóvis Reis

de adesão à terapia de longa duração proposto pela OMS. A adesão é definida como o nível de mudança do comportamento do

paciente diante da necessidade de utilização de um medicamento, de acompanhamento de uma dieta, enfim, da alteração do estilo de vida, feita a partir das recomendações acordadas com um profissional de saúde. É preciso que o paciente compreenda o tratamento” – defende o farmacêutico. “O que percebemos é que, em grande parte dos casos de AIDS e de Tuberculose, nos deparamos com uma terapia inadequada. Muitas vezes, aquele tratamento não é o mais adequado para o paciente. Precisamos reforçar a importância da existência de um diálogo entre o paciente e o profissional de saúde. O profissional responsável pela Atenção Farmacêutica tem um papel fundamental para solucionar grande parte dos problemas que surgem no âmbito deste diálogo, mas nem sempre está presente na hora certa e na situação mais apropriada”.

“O indivíduo já se considera curado”

“É muito comum quando o indivíduo já considera que está curado e abandona o tratamento” – com esta declaração, o Dr. Jacob Cabus, que atuou como moderador de uma mesa, referiu-se a exemplos de tratamento

de Tuberculose. Ele também apresentou o índice de 30% do total de casos de não adesão motivados pelo tratamento inadequado e de 20% ocorridos quando o paciente não consegue entender o tratamento.

“A adesão ao tratamento não é só responsabilidade do profissional de saúde”

O psicólogo Tiago Jordão foi especialmente convidado para falar sobre o impacto do relacionamento terapêutico na adesão. De acordo com o seu conceito, ocorre um bom nível de adesão quando o paciente está em tratamento. “Ele entra no processo e não sai” - reafirma. “Só sai quando ele deixa o tratamento. Precisamos entender que existe um relacionamento envolvendo quem está nessa relação. O paciente é uma pessoa que está com a saúde abalada. É alguém que, por conta disso, vai a um posto de saúde. Não sabe exatamente o que vai acontecer com ele. Até que tenha a sua saúde restaurada. Por exemplo, no caso do paciente com AIDS, ele sabe que o tratamento vai ser bom para a diminuição da carga viral. Mas não tem idéia sobre o tipo de consequência que terá de enfrentar. Nem sabe, ao menos, se vai passar muito tempo tomando o medicamento”.

O fato do paciente ser dependente do conhecimento do profis-

sional de saúde é destacado pelo psicólogo. Ele defende que o conhecimento do paciente vale muito na hora de fazer com que o profissional de saúde tenha êxito na sua intervenção. “A adesão ao tratamento não é só responsabilidade do profissional de saúde, mas também do paciente” - lembra Dr. Tiago.

Mas como fazer para que o relacionamento entre médico e paciente seja efetivamente tera-



Dr. Tiago Jordão

pêutico? O primeiro passo, segundo Dr. Tiago, é a superação do modelo tradicional de relacionamento dentro do serviço médico. Ele contesta o atual modelo adotado, privilegiando a equipe médica e enfocando a doença com destaque. E propõe a adoção de um modelo que não seja tão limitado. “Temos que conseguir a humanização no atendimento, ampliando o conceito de saúde e afastando a idéia de que saúde é apenas física. Vamos por fim à prática do reducionismo. Cada parte está na integralidade do individuo. Ao analisar cada uma delas nos integramos com outras.

Falar de humanização, na opinião do psicólogo, é o mesmo que falar de diálogo e de comunicação. “O paciente precisa assumir o seu papel ativo dentro do processo, mas é preciso garantir o seu direito à fala. Com o decorrer do tempo, a parte do diálogo foi ficando para trás. E o paciente não entende o espaço da consulta médica como o momento de fazer perguntas. A falta de comunicação tem, também, afastado os pacientes do tratamento. Precisamos informar o paciente para que ele possa entender e processar a informação. “Se a informação for meramente técnica, ele não vai chegar a entender. E não vai poder fazer as suas escolhas. Ele tem o direito de decidir sobre o seu destino, sobre a sua vida. Quando a gente falar de adesão a gente está falando de amenizar o sofrimento e aliviar a tensão, curar doenças. Tratar o ser humano como tal”.

“Cada segmento é determinante para o resultado”

A Dra. Fátima Gargur participou do seminário passando a sua experiência em um serviço voltado para patologias graves, durante 10 anos. De acordo com a sua análise, todos aderiram ao tratamento. “Nós atuamos com uma equipe multidisciplinar. Já participei de várias palestras sobre adesão e

pude perceber que cada segmento de saúde reporta a sua atuação de uma forma diversa, determinando o resultado positivo, ou não”.

Experiências desenvolvidas no âmbito da Farmácia Comunitária também foram apresentadas pelos demais participantes do debate.

“Às vezes não é possível mostrar ao paciente o custo x benefício do tratamento”

A Dra. Lia Lusitana, diretora presidente da Sobravime e doutora em Saúde Pública pela USP, considera importante o envolvimento dos profissionais de saúde na adesão terapêutica. Para ela, a adesão é toda aquela concordância que faz com que algumas pessoas se submetam a um processo terapêutico. Ela ressalta que o índice de 80% de concordância entre o paciente e o prescritor é uma boa margem de adesão. O não-adequado situa-se na faixa da diferença entre as instruções do profissional de saúde e do padrão de compra dos medicamentos.

“Só podemos avaliar que temos um bom resultado quando testamos a terapêutica e obtemos a cura”- argumenta a farmacêutica. “Quando o paciente não faz o tratamento, é muito difícil lidarmos com essa problemática, considerada como estágio primário. Assim, a intervenção é necessária para a melhoria da adesão do paciente. E isso a partir da idéia de que tanto a orientação farmacêutica como o aconselhamento com o psicólogo podem resolver.”

Dentre as principais causas que podem contribuir para a não adesão, Dra Lusitana ressalta a incapacidade financeira em adquirir o medicamento e a dificuldade do paciente se deslocar até o ambulatório. “Considero muito importante a gestão na saúde pública, para que seja possível detectar problemas primários. Depois vem a atuação na Atenção Farmacêutica. O paciente tem que se sentir como um grande colaborador para a sua própria adesão ao seu tratamento”.

A não compreensão da importância do tratamento afeta muitos pacientes e, na opinião da Dra Lia, pode ser resolvida pelos profissionais de saúde: “Às vezes não é possível mostrar para o paciente o resultado do balanço do custo X benefício do tratamento a que será submetido. E isso se complica quando os procedimentos são desagradáveis”.

Para exemplificar, a palestrante toma como base o tratamento para emagrecer, como uma dieta



Dra. Lia Lusitana

rigorosa. E ressalta que o paciente tem que ver alguma vantagem no tratamento. Nos hipertensos e diabéticos há uma grande resistência à utilização de medicamentos de forma contínua. O paciente passa a ser um dependente químico. E ninguém gosta de depender de nada. Assim, a prescrição pode ser estudada para que o paciente tome conhecimento do benefício que terá ao seguir a prescrição. Isso não é uma coisa agradável. Quebrar essa resistência é a função do profissional de saúde.

Assim, ela questiona: “O que é

um problema de saúde pública? Os males que têm alta prevalência, mas que, mesmo assim, temos condições de intervir. Os problemas com a medicação são muito comuns nos idosos. Torna-se difícil lembrar as doses diárias, por exemplo. Nestes casos, o reforço familiar é fundamental. Uma estratégia eficiente, portanto, abrange a Atenção Farmacêutica”.

A partir desta realidade, Dra. Lusitana defende que os pacientes têm que estar envolvidos com as decisões. “Só assim alcançamos um bom desfecho, a partir de um bom diagnóstico. Para ela, medicamentos de qualidade são indispensáveis. Mas o êxito está condicionado ao envolvimento do paciente para que siga o tratamento. Uma vez que ele não está mais no hospital, sendo obrigado a se submeter à toda aquela estrutura e equipe médica.

Como exemplos positivos, são destacadas as situações em que o paciente faz o tratamento e segue as instruções em 80%, obtendo um resultado satisfatório no combate à doença. Com a pressão e diabetes controladas, está tudo certo. Ele é aderente. Bem informado, bem diagnosticado e bem medicado. O tratamento para ele foi adequado.

Já o resultado negativo pode acontecer quando o paciente cumpre todas as prescrições mas necessita de uma reavaliação do diagnóstico e do tratamento. Aí é que entra também o papel do farmacêutico. Ele pode sugerir o que deve ser mudado, consciente de que a adesão é boa quando a prescrição é boa. A responsa-

bilidade deve ser compartilhada. Não se pode pensar em apenas um ator. Todos os atores envolvidos no processo de cura têm que estar adequadamente preparados para que o resultado seja satisfatório.

No sistema inglês, também ressaltado como exemplo relevante, todos têm muita compreensão. Quando as estatísticas dizem que 50% vão aderir, há um sorteio aleatório para se fazer os parâmetros bioquímicos. Em seguida, o paciente passa por um aconselhamento. Fica sob observação. Se ele não fizer o tratamento, perde o direito de receber gratuitamente os medicamentos do sistema de saúde pública. Funciona como um relógio. Mas, em contrapartida, existem sanções para os médicos que perdem muitos pacientes e para os pacientes que mudam muito de médicos.

O caso do sistema implantado nos Estados Unidos foi citado na conclusão da palestra. A partir do trabalho realizado pela Associação Americana de Farmácia, o farmacêutico é considerado o profissional que mais pode contribuir para reforçar as recomendações médicas, sempre se colocando à disposição para esclarecer as dúvidas do paciente sobre o seu tratamento. O farmacêutico entrega um pacote físico ao paciente, contendo remédios e informação. O tratamento é monitorado eletronicamente pela associação pelos planos de saúde, um procedimento que envolve médicos e pacientes, melhorando a adesão.

Diante do exposto, Dra. Lusitana conclamou a todos presentes: "Precisamos, aqui no Brasil, envolver o serviço de saúde pública. Principalmente neste setor, temos condições de congregar os médicos, os farmacêuticos e os pacientes".

“Para a OMS, a média de não adesão é de 50%”

O Dr. Ernani Santa Helena, médico da Universidade Regional de Blumenau (Departamento de Medicina/Grupo Catarinense de Epidemiologia de Medicamentos (GCEM), equipe QUALIAIDS DMP-FMUSP) abriu uma discussão conceitual e filosófica, ao contextualizar a adesão em um contexto epidemiológico.

“Todos sabemos que os profissionais de saúde querem que os pacientes venham a aderir ao tratamento. Mas algum grau de não adesão é uma realidade universal. A OMS chega a falar em uma média de 50% de não adesão”.

Convidado para falar sobre o tema “Ferramentas de mensuração de adesão à Farmacoterapia: sua utilidade na prática e na pesquisa”, ele explica que o ato de adesão precisa acontecer não apenas ao medicamento, mas também em relação a outras coisas:

“As pessoas estão aderentes,

por um tempo. Elas não são aderentes a um tratamento pela vida inteira. É humanamente impossível. A adesão é uma coisa que você pode medir até um mês. Passou de três meses, é persistência ao tratamento”.

O palestrante discorreu sobre qual seria o melhor método para medir o nível de adesão. Inicialmente destacou o registro farmacêutico, muito utilizado na Europa, através do qual a entrega de medicamentos é feita regularmente, pessoalmente ao paciente, que é, de antemão, considerado como aderente. Na unidade de distribuição, é feita uma contagem de comprimidos. Mas o monitoramento eletrônico é considerado como “padrão ouro” por ser muito dispendioso. De qualquer forma, segundo Dr. Ernani, uma vez monitorado o nível de adesão, uma análise dos dados propicia a determinação de um perfil epidemiológico.



Dr. Ernani Santa Helena

“Um índice de 14 a 25 % das prescrições nem chega às farmácias”

Os principais fatores relacionados à adesão ao tratamento foram apresentados pela Dra. Andréa Ungari, farmacêutica/Central de Quimioterapia do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto. O conceito de adesão ao tratamento foi trabalhado na sua tese de Mestrado, enfocando pacientes hipertensos do Programa de Saúde da Família implantado em São Paulo.

O documento da Organização Mundial da Saúde que fala sobre a adesão às terapias de longo prazo, voltada para doenças crônicas, foi tomado como base pela palestrante como um bom exemplo para a discussão mais aprofundada sobre a adesão, os seus fatores e estratégias adotadas pelos profissionais.

No documento, há capítulos específicos sobre vários tipos de doenças, constituindo-se em uma referência relevante para quem está trabalhando com adesão. Para OMS, adesão é um fenômeno multidimensional, determinado por um conjunto de cinco fatores. O paciente é cercado destes fatores, a saber: os sócio-econômicos, os fatores relacionados à própria terapia medicamentosa; os fatores relacionados ao paciente; os fatores relacionados à doença e os fatores relacionados à equipe de profissionais e ao sistema de saúde.

Os fatores de natureza sócio-econômica estão relacionados ao baixo-nível econômico, à pobreza,

ao analfabetismo, à baixa escolaridade, ao desemprego, às condições estáveis de moradia, à longa distância da unidade de saúde, ao custo do transporte.

Já os fatores relacionados a terapia medicamentosa exigem mais cuidado. Para os pacientes de Oncologia, por exemplo, os regimes são complexos porque os medicamentos quimioterápicos

têm um grande número de efeitos colaterais que são minimizados com a prescrição de outras drogas que servem como suporte. Assim, o paciente toma um número maior de comprimidos por dia, prolonga-se a duração do tratamento, aumenta-se o número de medicamentos prescritos, etc.

Os fatores relacionados ao paciente estão entre as suas crenças, percepções, expectativas em relação à doença e ao tratamento. Neste âmbito, devem ser feitas perguntas do tipo: O que o paciente espera do tratamento? Como vê as limitações causadas pela doença? Como espera se curar?

A Dra. Ungari reafirma, mais uma vez, que alguns pacientes têm problemas de adesão, como característica de sua natureza pessoal. Nestes casos, eles precisam ser ouvidos com mais atenção.

Quanto aos fatores relacionados à equipe e ao sistema de saúde, destaca-se a importância do investimento no aperfeiçoamento e no treinamento dos profissionais de saúde. Até o tempo inadequado entre as consultas pode interferir na não adesão. A falta de incentivo e a necessidade de retorno constante ao consultório médico também interferem no resultado final do tratamento.

“A simples falta de orientação na consulta traz significativos prejuízos no tratamento dos pacientes” – acrescenta a farmacêutica paulista. “A linguagem, o tempo de consulta do prescritor, o motivo para o cumprimento da terapia, a maneira

com que o profissional fala com o paciente, tudo isso faz muita diferença. Para se ter uma idéia da importância da consulta, ressaltamos que um índice de 14 a 25 % das prescrições nem chega às farmácias. Esse estudo é muito interessante por que demonstra a descrença do paciente em relação ao médico. Grande parte das prescrições não chega às farmácias, não chegam aos postos de saúde, porque o paciente não acredita que aquilo que foi prescrito vai ser bom para ele. O que devemos fazer diante de tudo isso?”

Dra. Ungari esclarece que, em



Dra. Andréa Ungari

primeiro lugar, é importante que o profissional se informe sobre o grau de conhecimento e as preferências dos pacientes em relação ao tratamento. Assim, ele poderá, se necessário, simplificar a farmacoterapia, ajustar melhor as doses, as frequências, a quantidade, os horários, enfim, buscando sempre conciliar o tratamento com as atividades diárias. Além disso, os profissionais têm que usar uma linguagem simples, repetindo as instruções a cada consulta. Para ela, repetir nunca é demais.

“Devemos transmitir conheci-

mentos adequados. Isso é muito importante. Temos que explicar ao paciente porque ele está fazendo aquele tratamento, como é a doença que o aflige, sempre falando de uma maneira clara para que ele entenda e seja entendido. Precisamos também perceber o que o paciente quer”.

A educação em relação à doença e ao tratamento, portanto, foi ressaltada pela Dra. Ungari como um procedimento de fundamental importância para uma boa adesão. Segundo ela, existem diversas estratégias, neste processo, a

exemplo da limitação das instruções a três ou quatro itens. “Vamos, sempre que possível, envolver a família do paciente. Quanto maior o conhecimento sobre o problema, maior será o grau de comprometimento efetivo e a chance de sucesso na resposta terapêutica”- conclui. “E isso sem deixar de lado a melhoria da comunicação entre pacientes e profissionais de saúde. O monitoramento contínuo, bem como a reavaliação do tratamento tem que ser feito em meio a uma troca ininterrupta de informação.

Os principais fatores que dificultam uma boa adesão *

- Fatores sócio-econômicos. (Alguns pacientes não têm nem geladeira, nem dinheiro para ir até a farmácia do hospital onde são doados os medicamentos. O fato de existir uma lei que disponibiliza a terapia anti-retroviral não assegura, necessariamente, o acesso às condições para que as pessoas possam utilizá-la).
- Grande quantidade de comprimidos.
- Os efeitos adversos com a medicação. (Muitas vezes tais efeitos são intoleráveis).
- Restrições alimentares. (Ex: esperar duas ou três horas para se alimentar).
- A imagem corporal internalizada e a imagem corporal que se apresenta naquele momento.
- Baixa escolaridade.



Outras conclusões importantes

- Adesão a terapia é determinada por uma rede complexa de fatores.
- Os cientistas precisam avançar em outros estudos que venham a reduzir os efeitos colaterais e que possam ter uma postura mais humanizada no atendimento com pessoas com HIV/AIDS.
- Não basta ter uma política de distribuição de medicamento, faz-se necessário equacionar questões de natureza medicamentosa e social.
- É preciso escutar mais as reivindicações daquelas pessoas que fazem uso da terapia anti-retroviral.
- A negação do uso da terapia anti-retroviral pode representar uma resistência à circunstância de viver com AIDS.
- A adesão à terapia se confunde, muitas vezes, com uma escolha/adesão pela própria vida.

* **Dados resultantes de pesquisa apresentada pela Dra. Gladys Almeida**

Relatos de excelência

Apesar da complexidade do tema destacaram-se os excelentes relatos, não só de farmacêuticos, que em seu cotidiano, tem ajudado pessoas a melhor utilizar seus medicamentos. Também registramos a participação de um usuário-paciente crônico e de um enfermeiro.



Gerson Barreto (foto), representante da associação dos renais crônicos da Bahia, apresentou o tema informando como o usuário vê o seu tratamento e como a assistência poderia ser melhorada. Ele cobrou dos farmacêuticos maior empenho na detecção de reações adversas. A visão de um usuário surpreendeu a todos presentes no evento. A facilidade com que o interlocutor aproximou-se da temática da assistência farmacêutica tornou mais fácil a compreensão sobre as dificuldades enfrentadas pelos usuários, a exemplo da burocracia e da falta de infra-estrutura para um atendimento adequado.

O enfermeiro **José Augusto Silva** (foto) apresentou o tema: “Quais estratégias devem ser utilizadas para melhorar a adesão? A visão da equipe de saúde”. Ele discorreu sobre o funcionamento do PSF e as dificuldades em garantir adesão para o tratamento de doenças dos programas de atenção primária, principalmente a estrutura de pessoal.



O farmacêutico **Ariel Resende** (foto) apresentou o tema: “Como a adesão afeta o sistema de saúde? A visão do gestor público”. Ele expôs a visão do gestor que organiza a distribuição de medicamentos, mostrando como a falta de adesão do paciente termina por impactar na gestão dos serviços terciários. O usuário retorna com problemas de saúde. E há sobrecarga para o sistema por conta da má utilização dos medicamentos.

A farmacêutica **Celina Salles de Amorim** (foto) explanou sobre a questão: “Como o farmacêutico tem promovido a adesão no serviço hospitalar”, relatando a experiência no âmbito hospitalar da farmácia do professor Jorge Valente acreditado pela ONA. Também narrou eventos ocorridos com pacientes que necessitavam de orientação farmacêutica para melhorar a adesão.



O farmacêutico **Alikson Moura** (foto) falou sobre como o farmacêutico tem promovido a adesão na farmácia comunitária, detalhando as possibilidades de atuação do farmacêutico na farmácia privada, do ponto de vista mercadológico. O tema abrangeu conceitos como o de fidelização do cliente, estabelecendo como estes contribuem também para o impacto positivo na farmacoterapia.

O farmacêutico **Adriano Góes Silva** (foto) falou sobre o tema: “Como o farmacêutico tem promovido a adesão no serviço ambulatorial”. E apresentou o atendimento farmacêutico no Centro de referência de AIDS, destacando a importância das habilidades de comunicação com o paciente. A importância da adequação da linguagem e da criação de uma empatia e relação de confiança foram ressaltados como fatores primordiais.



Manual orienta profissionais

Os farmacêuticos interessados em atualizar-se sobre os referenciais teóricos que fundamentam o gerenciamento dos serviços de saúde podem solicitar da Sociedade Brasileira de Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde (SBRAFH) um exemplar da segunda versão do manual "Padrões Mínimos para Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde". A publicação, que está sendo distribuída gratuitamente, orienta o cumprimento de pré-requisitos legais e funcionais que propiciem as condições de controle de segurança e de qualidade, tão necessário para a Assistência Farmacêutica.

Lançada no dia 13 de outubro, no Hotel Mercure, em Salvador, com sucesso, a nova edição substitui a primeira, produzida há 10 anos e já defasada. O texto atual contempla as mudanças na legislação de saúde e a modernização dos processos nos serviços hospitalares.

Segundo a presidente da Regional Bahia da SBRAFH, Lourdes Clélia Valverde, a proposta dos responsáveis pela edição foi fazer



Auditório lotado, prestígio para SBRAFH

com que a adoção de padrões mínimos na farmácia hospitalar resultem em um bom funcionamento deste setor do mercado de trabalho. "Vamos, inicialmente, fornecer exemplares para os associados da SBRAFH" – acrescenta ela. "Depois, faremos a distribuição entre os farmacêuticos hospitalares, além dos membros dos Conselhos, das associações da classe e de instituições de ensino".

As principais alterações feitas na

primeira edição, ainda segundo Lourdes Clélia Valverde, referem-se às atribuições e à infra-estrutura organizacional da farmácia nos serviços de saúde: "Também foram abordadas informações sobre medicamentos e produtos para a saúde, bem como sobre a otimização da terapia medicamentosa e atividades desenvolvidas nas áreas de educação e de pesquisa". A recém-criada Regional Bahia da SBRAFH contou com o apoio do CRF/BA, do Sindicato dos Farmacêuticos do Estado da Bahia e da Expressa Distribuidora de Medicamentos.

Marcaram presença, no lançamento que reuniu cerca de 70 farmacêuticos e acadêmicos de Farmácia: o presidente do Conselho Regional de Farmácia do Estado da Bahia, Dr. Altamiro José dos Santos e a vice-presidente da SBRAFH Nacional, Nadja Rehem. A empresa AstraZeneca também foi parceira da SBRAFH, realizando a editoração do documento e dando suporte à divulgação da obra.



Dra. Nadja Rehem (vice-presidente da SBRAFH Nacional), Dra. Kise Guimarães (tesoureira da SBRAFH), Dr. Altamiro Santos, Dra. Lourdes Clélia Valverde (presidente da Regional Bahia da SBRAFH) e Dra. Márcia de Miguel (secretária da SBRAFH)

Farmacêuticos podem ocupar mais espaço nos hospitais

“Cerca de 25% dos hospitais brasileiros com mais de 20 leitos ainda funcionam sem farmacêuticos. Os administradores hospitalares e os empresários do setor ainda não descobriram os benefícios dos serviços dos farmacêuticos hospitalares” – esta é a declaração da Dra. Nadja Rehem, vice presidente da Sociedade Brasileira de Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde (SBRAF). Também à frente da Presidência da Comissão de Farmácia Hospitalar do Conselho Regional de Farmácia da Bahia, desde 2007, ela concede entrevista exclusiva e fala sobre o significado da publicação de um manual especialmente voltado para a atualização do farmacêutico que atua em hospitais.



CRF/BA – Qual a importância do manual? Como foi produzido?

Após 10 anos da publicação da primeira edição dos Padrões Mínimos para Farmácia Hospitalar pela SBRAFH, foi realizada a revisão do material durante o VI Congresso Brasileiro de Farmácia Hospitalar, em junho de 2007, em Goiânia. A revisão ocorreu durante uma oficina aberta a todos os congressistas, com a

“ As principais alterações realizadas na segunda edição dos Padrões Mínimos para Farmácia Hospitalar referem-se às atribuições do profissional. ”

participação de 59 farmacêuticos. Após a consolidação dos trabalhos dos grupos, o material foi disponibilizado no site da SBRAFH para Consulta Pública, por 30 dias. Contamos com a colaboração do Conselho Federal de Farmácia na atualização dos Padrões Mínimos para Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde. A atualização se fazia necessária, por conta das mudanças na legislação de saúde e da modernização dos processos.

CRF/BA – Quais são as principais mudanças?

As principais alterações realizadas na segunda edição dos Padrões Mínimos para Farmácia Hospitalar referem-se às atribuições do profissional. O texto traz recomendações de infra-estrutura e estrutura organizacional da Farmácia Hospitalar, além de parâmetros mínimos para o desenvolvimento da logística e manipulação. Informações sobre medicamentos e produtos para saúde e sugestões para a otimização da terapia medicamentosa também são incluídas. E isso sem falar das atividades relacionadas à educação e à pesquisa. Resaltamos, ainda, a proposta do número adequado de farmacêuticos e auxiliares para realizar as atividades, com base na complexidade do cuidado, do grau de informatização e do grau de mecanização da unidade. Tudo isso visa a proporcionar o desenvolvimento de processos seguros, sem sobrecarga de trabalho.

CRF/BA – Como está o mercado de trabalho para os farmacêuticos hospitalares, hoje?

Cerca de 25% dos hospitais brasileiros com mais de 20 leitos ainda funcionam sem farmacêuticos. Os administradores hospitalares e os empresários do setor ainda não descobriram os benefícios dos serviços dos farmacêuticos hospitalares. A realidade na Bahia não é diferente da do restante do país. Existem diversos serviços sem farmacêuticos, ou em número insuficiente

para desenvolver suas atividades. Infelizmente, na maioria dos hospitais, o farmacêutico está subordinado somente à área administrativa, o que pode ocasionar um desconhecimento de suas funções e, conseqüentemente, a contratação de profissionais em número reduzido ou aquém do desejado.

“ *A criação das regionais é o resultado da política de descentralização desta Diretoria, motivada no trabalho participativo dos farmacêuticos hospitalares que buscam sempre o desenvolvimento da Farmácia Hospitalar.* ”

CRF/BA – Como foi criada a SBRAFH?

A SBRAFH Regional Bahia foi criada, conforme Estatuto anterior, 60 dias após a realização da eleição da Diretoria nacional da SBRAFH, que aconteceu durante o VI Congresso Nacional, realizado de 7 a 9 de junho de 2007. O objetivo primordial das Regionais é desenvolver eventos científicos para o aprimoramento e capacitação dos farmacêuticos hospitalares. Os serviços de saúde da região devem ser praticados em consonância com as diretrizes da Diretoria Nacional. A criação das regionais é o resultado da política de descentralização desta Diretoria, motivada pelo trabalho participativo dos farmacêuticos hospitalares que buscam sempre o desenvolvimento da Farmácia Hospitalar.

CRF/BA – Qual foi a participação do CRF/BA neste processo?

O Conselho Regional de Farmácia da Bahia, através da Comissão de Farmácia Hospitalar, sempre deu apoio à Diretoria Nacional e se mostrou parceiro disponível em colaborar com a SBRAFH Regional-Ba, disponibilizando suas instalações para a realização de reuniões, e prestando apoio em todos os eventos científicos.

CRF/BA – Como está o ensino voltado para a formação de profissionais que vão atuar na área da Farmácia Hospitalar?

As universidades brasileiras em sua maioria, ainda possuem uma maneira de formação profissional

muito voltada às práticas de ensino que não ajudam a desenvolver as práticas profissionais. Existe a necessidade de mudar o projeto pedagógico para o ensino da Farmácia Hospitalar, junto com a discussão sobre o perfil ideal do profissional que se almeja. Com a junção desses fatores, pode-se partir para uma melhor otimização da Farmácia Hospitalar. O ensino, nesta área, está no início do caminho. Já existem cursos que estão inovando, em termos de graduação e de pós-graduação.

CRF/BA – O profissional de Farmácia Hospitalar tem encontrado muitas vagas? Como está o nível de contratação?

Devido às condições continentais, o Brasil possui distinções entre suas regiões e, mesmo, entre microrregiões de um Estado. Portanto, possuímos distintas realidades. Em regiões altamente desenvolvidas e com a presença de faculdades de Farmácia, existe uma maior conscientização da necessidade da atuação do farmacêutico na Farmácia Hospitalar. Esta evolução chega a refletir no número de farmacêuticos contratados. Verifica-se que, em muitos hospitais, não existe a contratação de um só profissional, mas de um número suficiente para as atividades desenvolvidas, tanto em nível público, como privado. Mas, em outros casos, ainda existe a não contratação de profissionais farmacêuticos, mediante a alegação de que o hospital com baixo número de leitos não possui farmácia, mas sim um dispensário de medicamentos. Tal

“ O ensino da Farmácia Hospitalar no Brasil está no início do caminho. Já existem cursos que estão inovando, em termos de graduação e de pós-graduação. ”

definição é totalmente errada, já que não existe mais dispensário em hospitais. Além disso, devemos levar em consideração o que o profissional farmacêutico pode fazer em benefício para a Instituição.

CRF/BA – E o salário? É satisfatório?

O salário tem se mostrado promissor e atrativo. Porém, os valores variam entre os estados, convenções trabalhistas e instituições públicas e privadas. Não tem um salário definido e as variações existem pelos motivos citados, também depende do desempenho do profissional e de diferença de carga horária.

Além de vice-presidente da SBRAFH, Nadja Rehem é...

- Farmacêutica Industrial pela Universidade Federal da Bahia (1989);
- Especialista em Farmácia Hospitalar pela UNB (2003);
- Participou do Curso de Farmácia Clínica da Universidade da Flórida, USA (2000) e do Primeiro Seminário de Farmácia Hospitalar Brasileiro em Paris (1997);
- Atuou como Assessora Técnica da Diretoria de Assistência Farmacêutica da Secretaria de Saúde da Bahia e como Gerente de Suprimentos do Instituto do Coração da Bahia (INCOBA), 2006-2007;
- Presidente da Comissão de Farmácia Hospitalar do Conselho Regional de Farmácia da Bahia. (desde 2007);
- Farmacêutica hospitalar por 15 anos;
- Atualmente atua como Coordenadora de Produtos para Saúde na Coordenação de Assistência a Saúde do Servidor Público da Bahia (Planserv) da Secretaria de Administração;
- Membro da Câmara Setorial de Produtos pra Saúde da ANVISA;
- Consultora em Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde.

Farmácia em Oncologia: Crescem as vagas, mas falta qualificação

A crescente expansão do mercado de trabalho para os farmacêuticos interessados em especializarem-se na área de Oncologia pode ser percebida, hoje, como um movimento que acontece em todo o país. Tanto o surgimento de novas vagas, quanto a valorização do trabalho daqueles que já desenvolvem atividades neste setor, em clínicas e hospitais, tem ampliado as perspectivas para os horizontes do profissional de Farmácia. As promessas de melhorias que podem ser alcançadas através do investimento em cursos de especialização se somam aos novos desafios vislumbrados, a cada ano que se inicia. E isso faz com que muitos farmacêuticos se perguntem sobre a possibilidade de inserção neste novo universo de atuação, deixando-se levar por questões diversas.

“Qual é a responsabilidade do farmacêutico que atua na área de Oncologia?”, “O curso de especialização é indispensável?” – estes são alguns questionamentos relevantes, entre os mais frequentes. Diante de tantas dúvidas e da novidade do tema, o Dr. Magno Silveira e o Dr. Pablício Nobre, farmacêuticos especialistas, que trabalham com pacientes portadores de câncer, há muitos anos, defendem que estamos em um momento muito especial, com várias descobertas de fármacos e

um aumento na sobrevida desses portadores, decorrente desse avanço tecnológico.

“Os farmacêuticos estão vivenciando um novo segmento no Brasil de atuação desde profissional, no qual tem uma importância fundamental para todo o



Dr. Pablício Nobre e Dr. Magno Silveira

processo, conforme a **RDC nº 220/04** – analisa Dr. Pablício Nobre. “No âmbito da medicina como um todo, o conceito de Oncologia clínica é muito recente no Brasil. Trata-se, portanto, de uma especialidade que pode ser considerada nova. E, diante deste histórico, já conquistamos muito. Nenhum outro segmento da área de Farmácia conseguiu tanto progresso em tão pouco tempo”.

A atuação do profissional de Farmácia, no campo da Oncologia, abrange a área clínica, operacional e também a administrativa. Nessa especialidade o farmacêutico tem maior inserção na equipe multidisciplinar. Responsável pela coordenação de um setor especialmente voltado para pacientes

em Oncologia, Dr. Magno Silveira atesta o quanto o farmacêutico tem sido requisitado:

“Também somos procurados por profissionais de outras áreas, na medida em que estamos envolvidos com todo o processo do tratamento do paciente. “Como integrante de uma equipe multidisciplinar que atende ao paciente de Oncologia, o farmacêutico é responsável por uma série de procedimentos que são de fundamental importância para o êxito do tratamento”.

De acordo com a atual legislação, cabem ao profissional de Farmácia as atividades de todas as etapas que envolvem medicamentos, conservação e validação de todo processo, bem como o gerenciamento e segurança de seu acondicionamento e conservação, além do controle de estoque e de manipulação em geral.

Após o diagnóstico da doença e escolha do esquema medicamentoso (protocolo de quimioterapia) pelo Oncologista, todo o processo de farmacotécnica, estudo de interação medicamentosa e incompatibilidade físico-química, farmacovigilância, acompanhamento farmacoterapêutico, dispensação e outros, são atividades exclusivas do farmacêutico em Oncologia. Tomando como base este nível de importância do profissional especialista, ele levanta um questionamento relevante, argu-

mentando que, no Brasil, ainda não existem cursos de graduação nem cadeiras específicas nas faculdades.

“Os profissionais interessados em trabalhar nesta área têm que participar de simpósios, congressos, fóruns e eventos afins” – ressalta. “Os cursos de pós-graduação só são oferecidos em outros estados e em outros países, a exemplo dos EUA e do Canadá. No Brasil, as informações sobre as opções disponíveis para os profissionais que desejam se especializar podem ser obtidas junto à Sociedade Brasileira de Farmacêuticos em Oncologia (SOBRAFO), atualmente sediada em São Paulo”.

A carência de cursos de formação específica resulta, na opinião de Dr. Magno Silveira, em uma grande falta de profissionais no mercado de trabalho. “Não temos profissionais qualificados em número suficiente para preencher as vagas que surgem. Na hora de realizar o processo seletivo, tentamos exigir uma qualificação, mas nem sempre podemos ser tão rigorosos. Finalmente, aceitamos aqueles que já têm alguma vivência, experiência prática ou estágio na área”.

Dentro da própria Oncologia, temos várias atribuições como por exemplo:

- qualificar os fornecedores,
- manualizar os procedimentos técnicos,
- preparar os medicamentos em todas as etapas,
- estabelecer planos de garantia e de controle de qualidade,
- gerenciar os resíduos de risco,
- estabelecer regras de biossegurança.

E isso sem contar a identificação de prováveis situações de riscos na utilização das substâncias anti-neoplásicas”.

Câmara Técnica já iniciou os trabalhos



O Conselho Regional de Farmácia da Bahia, seguindo o exemplo do que já ocorre em outros estados, acaba de criar a Câmara Técnica de Farmácia em Oncologia (foto). A novidade é anunciada pelo Dr. Magno Silveira, e pelo Dr. Pablício Nobre, empossados nos cargos de Coordenador e Vice-Coordenador da Câmara Técnica.

Na primeira reunião, realizada em dezembro, foram iniciados os trabalhos voltados para a definição de padrões de procedimentos para o exercício da Farmácia em Oncologia, no Estado. Também caberá à equipe identificar temas relevantes para estudos, além de analisar e emitir pareceres técnicos a partir da solicitação da Diretoria do CRF/BA.

“Dentre as principais incumbências da Câmara, podemos destacar a promoção de cursos e de eventos de capacitação de profissionais” – acrescenta Dr. Pablício Nobre. “Os profissionais que integram o grupo vão, ainda, colaborar para a publicação de artigos e demais textos científicos na área da Farmácia em Oncologia”.

A expedição de laudos técnicos e

o assessoramento da Diretoria do CRF/BA em pareceres que visem o aprimoramento do exercício profissional na área da Farmácia em Oncologia é mais uma incumbência da comissão. Quem lembra a necessidade de promover tal reciclagem e aperfeiçoamento, a partir da união de toda a categoria, é o Dr. Magno Silveira: “Como na Bahia não há cursos de especialização, quem exerce esta atividade aprende com uma vivência prática, muitas vezes sob a orientação de outros profissionais mais experientes. Assim, visando o incentivo à troca de experiências, comunicamos que a comissão está aberta à participação de todos os farmacêuticos interessados em colaborar. Informações sobre a agenda de reuniões podem ser obtidas na sede do CRF/BA”.

Integram a Câmara: *Dr. Magno Teixeira Silveira, Dr. Pablício Nobre Gonçalves, Dra. Barbara Freire dos Santos, Dra. Maria de Fátima Alcântara Tavares, Dr. Helder Silva de Almirante, Dra. Gedelias Bezerra da Nóbrega e Dra. Mônica Josi Silva.*

O uso do contraceptivo DIU (dispositivo intra-uterino) e suas indicações uma revisão bibliográfica

Dennise Dutra Amorim Cerqueira¹, Síbele de Oliveira Tozetto², Maria Lúcia Fernandes de Castro³

¹Graduada em Biomedicina e aluna em Pós-graduação no curso de especialização *latu sensu* em Citologia Clínica

²Drª. Em Ciências Biológicas e PhD em Biologia do Desenvolvimento, Profª. da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (FBDC), Faculdade de Tecnologia e Ciências (FTC) e Faculdade Delta

³Graduada em Farmácia Bioquímica e Especialista em Citopatologia, Profª. da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (FBDC), Faculdade de Tecnologia e Ciências (FTC) e orientadora do curso de especialização *latu sensu* em Citologia Clínica

RESUMO

Introdução: Os dispositivos contraceptivos intra-uterinos (DIUs) são muito eficazes quando posicionados adequadamente na cavidade endometrial, apesar de haver dúvidas com relação aos seus mecanismos de contracepção. Vários mecanismos estão envolvidos na utilização desse contraceptivo, que, de maneira geral, estimulam uma resposta inflamatória ao corpo estranho introduzido no útero, causando alterações celulares e bioquímicas no endométrio e nos fluidos uterinos.

Objetivos: Analisar na bibliografia quantitativo e qualitativamente a ocorrência de alterações citopatológicas e microbiológicas do trato genital de usuárias de DIU, em comparação com as encontradas em mulheres que não utilizam método contraceptivo e com usuárias de outros métodos.

Métodos: A análise dos dados, de corte transversal, será realizada

a partir da pesquisa bibliográfica e através da intensa fundamentação teórica sobre métodos contraceptivos reversível, especialmente o DIU.

Resultados: As alterações do endométrio no ciclo menstrual normal podem ser atrasadas ou perturbadas por essa reação inflamatória, tornando o DIU inóspito para a pré e pós-implantação de um embrião.

Conclusão: Podem-se observar algumas alterações reativas associadas ao uso do DIU como células epiteliais isoladas com núcleos aumentados e alta relação núcleo-citoplasma, podendo ser observadas degeneração, como células colunares que se apresentam em pequenos grupos e alguma doença inflamatória pélvica (DIP). O acompanhamento com exames citológicos relacionado aos exames feitos posteriormente caracteriza-se como marcadores de prevenção, criando condições importantes para o combate de DIPs e

associação de alterações celulares.

Palavras chave: DIU, alterações citopatológicas, DIPs

INTRODUÇÃO

Os dispositivos contraceptivos intra-uterinos (DIUs) são muito eficazes quando posicionados adequadamente na cavidade endometrial, apesar de haver dúvidas com relação aos seus mecanismos de contracepção¹.

As primeiras citações sobre os DIUs datam de alguns séculos atrás, havendo descrições acerca de inserções de pedras no útero de fêmeas de camelos para se evitar a prenhez durante as longas viagens; não existe, contudo, comprovação documentada na literatura².

Há três tipos de DIU: TCU380A (maior durabilidade, liberado para uso durante dez anos), DIU liberador de progesterona (65mg/dia e com durabilidade de apenas um

ano, sendo o único DIU que reduz a perda sangüínea menstrual) e os DIUs de cobre de segunda geração³.

Vários mecanismos de ação estão envolvidos na utilização desse contraceptivo que, de maneira geral, estimula uma resposta inflamatória ao corpo estranho introduzido no útero, causando alterações celulares e bioquímicas no endométrio e nos fluidos uterinos². As alterações do endométrio no ciclo menstrual normal podem ser atrasadas ou perturbadas por essa reação inflamatória, tornando-o inóspito para a pré e pós-implantação de um embrião⁴.

As usuárias de DIU podem apresentar alterações citológicas nas glândulas endometriais, como atrofia e fibrose e também edema e inflamação do estroma uterino⁵.

Com relação ao colo do útero é possível identificar vários tipos de alterações. A pressão do DIU sobre o epitélio endocervical pode produzir metaplasia escamosa atípica ou uma reação de reparo tecidual. Nesse caso, análises histológicas caracterizam-se pela presença de células metaplásicas, com núcleos de vários tamanhos e nucléolos proeminentes e/ou múltiplos. Diagnóstico diferencial engloba as lesões neoplásicas do epitélio endocervical. A ausência de células cancerosas isoladas e o arranjo celular em camadas únicas, e não em lâminas estratificadas, sugere um processo benigno. Eventualmente é necessário realizar uma biópsia para esclarecer a natureza dessas alterações⁴.

Nos esfregaços uterinos das usuárias de DIU verifica-se também a presença de "detritos", fragmentos de plástico, desprendidos do próprio dispositivo e que sofreram um processo de calcificação, por vezes simulando corpos psamomatoso. Em tais casos, é prudente a indicação de ultrasonografia para verificação da

presença ou não de um carcinoma no ovário⁵.

As que utilizam o mesmo DIU por vários anos estão sujeitas a adquirir uma infecção por *Actinomyces israeli*, a qual pode ter graves conseqüências clínicas⁵.

Foi analisado na bibliografia ocorrência de alterações citopatológicas e microbiológicas do trato genital de usuárias de DIU em comparação com as alterações encontradas em mulheres não usuárias deste método contraceptivo.

- Analisou-se algumas alterações reativas associadas ao uso do DIU;
- Evidenciou-se a importância do processo citopatológico evidenciando o desenvolvimento de alterações no trato genital feminino.

Quanto ao conhecimento sobre métodos anticoncepcionais, segundo a literatura, verificou-se a eficácia e seu mecanismo de contracepção que o uso do DIU, como opção contraceptiva em qualquer idade e situação clínica, pode ou não causar danos para a saúde da população feminina.

1 Contra-indicações

Mulheres que possuem alergia ao cobre, doença de Wilson (doença hereditária rara), malformações uterinas, infecção genital recente, problemas no colo do útero (ectrópio, displasia cervical, suspeita de câncer do colo uterino), distúrbios da coagulação sangüínea, imunossupressão, uso crônico de corticóide, doença cardíaca reumática e/ou valvar e mioma uterino não devem utilizar DIU. Alguns autores também ressaltam a contra-indicação para mulheres com muitos parceiros sexuais, o que poderia desencadear doenças sexuais transmissíveis e para as que nunca tiveram filhos⁶.

2 Vantagens

Esse método é seguro e eficaz, que geralmente não interfere no

funcionamento do corpo e que dá segurança à mulher, principalmente para as que se esqueceram de tomar a pílula. Em longo prazo, é um método que acaba se tornando econômico. Tranqüilidade e eficácia por um período de tempo longo (de três a cinco anos)⁵.

3 Desvantagens

O custo inicial desse método contraceptivo é mais alto do que outros, principalmente no caso do DIU de progesterona e o aumento das cólicas e nos sangramentos menstruais, principalmente no caso do DIU de cobre. O maior risco para infecções uterinas e nas trompas caso haja gravidez ectópica⁷.

4 Mecanismo de ação

Em todas as espécies, o mecanismo básico de ação do DIU é a presença de reação inflamatória de corpo estranho na cavidade uterina, caracterizada por abundante presença de macrófagos, tendo efeito embriotóxico nos primatas⁸.

Geralmente com o DIU não medicado ocorre a presença de grande número de macrófagos impedindo a ascensão dos espermatozoides para o interior da cavidade uterina. Alguns autores constataram a presença de espermatozoides em tubas uterinas de mulheres portadoras desse DIU, não havendo dados sobre o número ou capacidade fertilizante desses gametas⁴.

O DIU de cobre tem efeito de corpo estranho e mecanismo próprio do metal que imobiliza os espermatozoides. Nas usuárias desse dispositivo, ocorre difusão do cobre para a cavidade uterina, canal cervical e tubas uterinas. A alta concentração de cobre nas tubas parece ter efeito tóxico sobre os óvulos, visto que há dificuldade de se recuperar os mesmos nas portadoras desse dispositivo, o que não ocorre nas usuárias de

dispositivos não medicados e nas que não utilizam este método².

Até o momento as evidências tendem a eliminar a suspeita de que o mecanismo de ação desse dispositivo seja microabortivo⁹.

5 Indicações para remoção de DIU

Algumas indicações médicas para a remoção desse contraceptivo são dor pélvica, perda sangüínea ou menstruação excessiva, doença inflamatória pélvica aguda (DIPA), deslocamento do dispositivo, gravidez, malignidade uterina, após um ano da menopausa, remoção periódica de DIU medicado e interrupção da atividade sexual⁵.

5.1 Sangramento

O motivo principal do abandono do uso de DIU está relacionado ao aumento do sangramento que,

freqüentemente, vem acompanhado de dor no hipogástrio e na região lombossacra. Essa intercorência acarreta índices de 5% a 15% de remoção no primeiro ano de uso. Os sangramentos podem ser de três tipos: menorragia, hipermenorragia e metrorragias⁶.

Em mulheres sadias, a perda sangüínea menstrual normal é em torno de 35ml, enquanto que com o dispositivo não medicado é entre 70 e 80ml, e com DIU de cobre apresenta elevação em torno de 50% do sangramento normal. Mesmo com as alterações nos sangramentos, o risco de aquisição de anemias é baixo⁹.

5.2 Doenças Inflamatórias Pélvicas Agudas (Dipa)

É muito difícil relacionar a DIPA com dispositivo intra-uterino, devido principalmente aos critérios imprecisos do diagnóstico dessa

infecção e pela falta de grupo padrão para comparação com as usuárias de DIU. Estudos realizados na Suécia e Estados Unidos mostraram que as usuárias de DIU têm maior risco relativo de contrair salpingite aguda, em comparação com mulheres sexualmente ativas não usuárias de métodos anticoncepcionais⁵.

Nos países desenvolvidos, a DIPA ocorre com maior freqüência em portadoras de dispositivo intra-uterino com idade inferior a 25 anos². Isso provavelmente se deve ao maior número de parceiros sexuais e, portanto, maior risco para aquisição de doenças sexualmente transmissíveis⁴. Em relação à paridade, os estudos não são conclusivos, pois alguns autores encontraram taxas mais elevadas da doença nas nulíparas, enquanto outros trabalhos não evidenciam diferenças significativas com relação a este parâmetro¹⁰.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A prevenção dessas doenças inflamatórias deve ser realizada através da utilização de DIU apenas para mulheres com baixo risco para a doença, da esterilização aprimorada do material usado na inserção do dispositivo e de técnica apropriada de inserção, com assepsia rigorosa do colo uterino⁹.

Usuárias de Dispositivo Intra-uterino (DIU) podem apresentar freqüência maior de infecções do trato genital e complicações relacionadas, como a doença inflamatória pélvica (DIP)¹⁰.

Em todos os casos exige um acompanhamento com exames citológicos relacionando aos exames feitos posteriormente, caracterizando como marcadores de prevenção criando condições importantes para o combate de DPLs e associação de alterações celulares⁵.

1. FIGUEIREDO, C. Como diagnosticar e tratar infecções. **Revista brasileira de medicina**. São Paulo, ano 44, n. 62, p. 112-117, dez. 2005.
2. CARVALHO, W. D. P. **Tratado de Ginecologia**. São Paulo: Roca, 1997.
3. CHURCH, G. M. Tipos de dispositivo intra-uterino. **Revista Brasileira de ginecologia e obstetrícia**, Rio de Janeiro, n. 10, p. 42, dez. 2000.
4. MAIA, G. D. **Embriologia humana**: Textos básicos para cursos biomédicos. São Paulo: Atheneu, 2003. 113 p.
5. PIRES, R.; MACHADO, A. I. **Portadoras de alterações endometriais**, 2005. Disponível em: < <http://mulher.sapo.pt/saberviver/artigos/saude/756855.html> > Acesso em: 06 jan. 2008

REFERÊNCIAS

6. KOSS, L. G. **Introdução a Citopatologia Ginecológica com correlações Histológicas e Clínicas**. São Paulo: Roca, 1992. 203 p.
7. GRELLE, F. C. **Manual de Obstetrícia: Modificações Gerais Impressas ao Organismo pela Gravidez**. 2. ed. São Paulo: Livraria Atheneu, 1960.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de controle de DST**. Brasília, DF, 2000. 156 p.
9. RISE, E. K. J. BEERTHUIZEN, R. J. C. M.; VOOIJS, G. P. Cytologic and histologic findings in women using the IUD. **Obstet Gynecol**. v. 58, p. 73, nov. 1981.
10. LONGATO FILHO, A.; SILVA FILHO, A. M. **Colo Uterino Vagina Processos Inflamatórios: Aspectos Histológicos, Citológicos e Colposcópicos**. Rio de Janeiro: Revinter, 2000.

Medicamentos antineoplásicos e ações judiciais: contribuição para o modelo de assistência farmacêutica no SUS

Equipe:

Autoria: **Profa. Dra. Luciane Cruz Lopes (UNISO)**

Colaboração: **Prof. Dr. Silvio Barberato Filho (UNISO)**

Prof. Ms. Newton Polimeno

Augusto Chad (Bosista – UNISO)

Dra. Maria Cecília Correa (SES-SP)

Dr. Michel Naffah (SES-SP)

Consultoria: **Profa. Dra. Claudia Osorio-de-Castro (ENSP)**

Instituições envolvidas: **Universidade de Sorocaba (UNISO)**

Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo (SES-SP)

Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP)

O aumento das sentenças judiciais determinando o fornecimento de medicamentos tem causado distorções no Sistema Único de Saúde (SUS), pois esta concessão tem impacto significativo nas finanças públicas.

Além disso, o fornecimento de medicamentos de forma indiscriminada acaba privilegiando aqueles doentes que têm mais recursos financeiros para pagarem advogados, ou mais acesso à informação, em detrimento daqueles que têm mais necessidade.

O intervencionismo do Poder Judiciário na questão do fornecimento de medicamentos sem observância às normas consolidadas que disciplinam o acesso à saúde, coloca abaixo o esforço do Poder Executivo e vulnera o arcabouço legal relativo às normas do SUS.

Diante desta problemática, este

trabalho teve por objetivo caracterizar as ações judiciais recebidas pela SES/SP relativas aos medicamentos antineoplásicos selecionados pela mesma, avaliar a racionalidade destas solicitações considerando as evidências científicas de eficácia e segurança e desta forma aprimorar o modelo de Assistência Farmacêutica em oncologia, através de mecanismos de acesso a informação, que favoreçam o uso racional dos medicamentos antineoplásicos, sem prejuízo para o paciente ou para o Sistema Único de Saúde.

Segundo a SES-SP, os medicamentos selecionados conforme critério custo e demanda nos dois últimos anos são bevacizumabe, capecitabina, cetuximabe, erlotinibe, rituximabe e temozolomida.

As ações judiciais e os pedidos administrativos dobraram em número nos anos estudados para

estes medicamentos. Tais ações judiciais estão concentradas nas mãos de poucos prescritores e advogados em todo o Estado de São Paulo. Mais de 50% das ações judiciais e cerca de 40% dos pedidos administrativos foram provenientes do setor privado.

Vale destacar que há um considerável número de estudos clínicos, metanálises e revisões sistemáticas, no entanto, as indicações de uso clínicas respaldadas pelo grau de recomendação I e IIa são em número inferiores à quantidade de usos referidos nos pedidos administrativos e ações judiciais.

A SES-SP gastou de forma desnecessária, isto é, em solicitações sem evidência científica para o uso indicado R\$ R\$ 6.870.926,83 reais.

Embora a Avaliação de Tecnologias em Saúde tenha assumido papel de destaque no SUS, subsidi-

ando as decisões sobre incorporação de tecnologias e procedimentos, o planejamento, a gestão e a avaliação de serviços e programas, ela não tem sido suficiente para reduzir o impacto das ações judiciais.

Finalmente, destaca-se que tais

avaliações devem ser constantes e integradas aos outros setores do SUS, pois o processo é dinâmico, novas tecnologia surgem a cada dia. Os trabalhos levantados, bem como as informações obtidas e fornecidas pela SES-SP e outros

setores envolvidos, mostram que o diálogo com o judiciário, o treinamento dos envolvidos com o serviço e o planejamento (gestão) podem ser estratégias importantes para diminuir as distorções no acesso a medicamentos oncológicos.

FONTES CONSULTADAS

ALMEIDA, R.T. Avaliação de tecnologia em saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde no Brasil: contribuições para a agenda de prioridades de pesquisa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p.177-198.

ANELLI, A.; CUBERO, D.I.G. Terapia Antineoplásica direcionada a alvos moleculares. **Prática Hospitalar**, n.34, p.13-24, 2004.

ARNAU, J.P.; LAPORTE, J.R. Promoção do uso racional dos medicamentos e preparação de guias farmacêuticos. In: LAPORTE, J.R. TOGNONI, G. Organizadores. **Epidemiologia do medicamento: princípios gerais**. São Paulo: Editora Hucitec; 1989, p.57-74.

BARROS, J.A.C. Propaganda de medicamentos: Atentado à saúde? São Paulo: Hucitec/Sobravime, 1995.

BARROS, E. Financiamento do sistema de saúde no Brasil: marco legal e comportamento do gasto. In: ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Ministério da Saúde. Série Técnica. **Projeto de desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde**. Brasília, v.4, p.17-70, 2003.

BRASIL. Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. 2000a. Disponível em: < <http://conselho.saude.gov.br/docs/EC29.doc>>. Acesso em: 1 dez. 2006.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. IN: VIEIRA, J.L. (Org). Série Legislação. **Código Sanitário do Estado de São Paulo**. Normas Técnicas e Legislação Complementar. Bauru: Edipro, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Assistência farmacêutica na atenção básica**. Instruções técnicas para sua organização. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº.3.916, de 30 de outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

BRASIL. **Relatório da Comissão Parlamentar de Inquérito destinada a investigar os reajustes de preço e a falsificação de medicamentos, materiais hospitalares e insumos de laboratórios**. Brasília: Câmara dos Deputados, Coordenação de Publicações, 2000b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância de Câncer. Estimativas 2008: **Incidência de Câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2007. 94p.: il. color.: tab.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Ações judiciais colocam em risco o Sistema Único de Saúde - 18/10/2007**. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/noticias_detalhe.cfm?co_seq_noticia=37923. Acesso em: 27 jul.2008.

CASTILHOS, W. O Impacto do câncer no SUS. Agência FAPESP, Rio de Janeiro, 03/12/2007. Disponível em: <http://www.agencia.fapesp.br/materia/8104/especiais/o-impacto-do-cancer-no-sus.htm> acesso em 28-07-2008. Acesso em: 27 jul. 2008.

CASTRO, H.H.M. Do direito público subjetivo à saúde: conceituação, previsão legal e aplicação na demanda de medicamentos em face do Estado-membro. **Jus Navigandi** [periódico online], 2005. Disponível em: <http://jus2.uol.com.br/doutrina/imprimir.asp?id=6783> Acesso em: 1 dez. 2006.

CHOUHRY NK, STELFOX HT, DETSKY AS. Relationships between authors of clinical practice guidelines and the pharmaceutical industry. **JAMA**, v.287, p.612-7, 2002.

COLUCCI, C.; WESTIN, E. Indústria Farmacêutica financia ONGs. **Folha de São Paulo** [periódico online], 18/05/2008. Disponível em: www.folha.uol.com.br/fsp/cotidian/ff1805200801/htm Acesso em: 28 maio 2008.

CONASEMS (Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde). A saúde no banco dos réus. **Revista Conasems**, n.8, p.25-31, 2004.

CONASEMS (Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde). Aumenta o número de ações contra o SUS. 2005. Disponível em: <http://www.conasems.org.br/mostraPagina.asp?codServico=118&codPagina=3088> Acesso em: 1 dez. 2006.

CONASS (Conselho Nacional de Secretários de Saúde). CONSENSUS. Executivo, Legislativo, Judiciário e Ministério Público debatem acesso a medicamentos de dispensação em caráter excepcional. **Jornal do CONASS**, n.5, p.6-8, 2004.

COUTTOLENC, B.F.; ZUCCHI, P. **Gestão de recursos financeiros**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998 (Coleção Saúde & Cidadania).

DEL DEBBIO CB, TONON LM, SECOLI SR. Terapia com anticorpos monoclonais: uma revisão de literatura. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v.28, n.1, p.133-42, 2007.

DESLANDES, S.F. Concepções em pesquisa social: articulações com o campo da avaliação em serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 13, n.1, p. 103-107, 1997.

EDGAR, A. Quality of life indicators. In: Encyclopedia of Applied Ethics (R. Chadwick, ed. San Diego: Academic Press), p. 759-776, 1998.

FUCHS, F.; WANNMACHER, L.; FERREIRA, B. Farmacologia Clínica. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.

ENSP- Escola Nacional de Saúde Pública. Núcleo de Assistência Farmacêutica. Fundamentos farmacológicos-clínicos dos medicamentos de uso corrente 2002. Rio de Janeiro : ENSP, 2002. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/divulga/public/livro_eletronico/capa.html. Acesso em: 27 jul. 2008.

FRIEDBERG M, SAFFRAN B, STINSON TJ, NELSON W, BENNETT CL. Evaluation of conflict of interest in economic analyses of new drugs used in oncology. **JAMA**, v.282, p.1453-7, 1999.

GOMES MM. Medicina Baseada em Evidências. In: Gomes MM. **Medicina baseada em evidências**. Princípios e práticas. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso, 2001.

KLASCO R. K. (Ed): DRUGDEX® System. Thomson MICROMEDEX, Greenwood Village, Colorado, USA. Disponível em: <http://www.periodicos.capes.gov.br>

KRAUSS-SILVA, L. Avaliação tecnológica em saúde: questões metodológicas e operacionais. **Cad. Saúde Pública**, v.20, Sup. 2, p.S199-S207, 2004.

LEFÉVRE, F. **O medicamento como mercadoria simbólica**. São Paulo: Cortez, 1991.

LEITE, F. Estados tentam barrar remédios via justiça. **Folha de São Paulo** (São Paulo) [periódico online], 2005. Disponível em: <http://sistemas.aids.gov.br/imprensa/Noticias.asp?NOTCod=67274>. Acesso em: 1 dez. 2006.

LIMA, J. Prefeitura pode ser forçada a gastar R\$ 4,5 milhões por decisões da Justiça. **Diário do Vale** [periódico online], 2005. Disponível em: <http://www.diarion.com.br/arquivo/4049/economia/economia-33003.htm>. Acesso em: 20 nov. 2006.

MANAGEMENT SCIENCE FOR HEALTH. (MSH). **Action programme on essential Drugs. managing drug supply**. Washington: Kumarian, 1997. p.119-150.

MESSEDER, A.M.; OSÓRIO-DE-CASTRO, C.G.S.; LUIZA, V.L. Mandados judiciais como ferramenta para garantia do acesso a medicamentos no setor público: a experiência do Estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.21, n. ,p.525-534, 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Assistência farmacêutica na atenção básica. Instruções técnicas para sua organização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

MOTA, D. M. Avaliação Farmacoeconômica: Instrumentos de Medida dos Benefícios na Atenção Farmacêutica. **Acta Farm. Bonaerense**, v.22, n.1, p.73-80, 2003.

NEGRI, B.; VIANNA, A.L.A. (Orgs). **O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio**. São Paulo: Sobravime & Cealag, 2002.

NOGUEIRA, R.W.L. Saúde, medicamentos, desenvolvimento social e princípios orçamentários. **Jus Navigandi** [periódico online], 2005. Disponível em: <http://jus2.uol.com.br/doutrina/imprimir.asp?id=6127> Acesso em: 20 nov. 2006.

NOVAES, H.M.D. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. **Rev. Saúde Pública**, v.34, n.5, p.547-559, 2000.

NOVAES, H.M.D. Da produção à avaliação de tecnologias dos sistemas de saúde: desafios do século XXI. **Rev. Saúde Pública**, v.40, n. esp., p.133-140, 2006.

OMS (Organización Mundial de la Salud). **Perspectivas Políticas sobre Medicamentos de la OMS – 4**. Selección de Medicamentos Esenciales. Ginebra: OMS, 2002.

PINTO, A.L.T.; WINDT, M.C.V.S. (Org). **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. São Paulo: Saraiva, 1999.

RIO GRANDE DO SUL. MINISTÉRIO PÚBLICO. O direito ao fornecimento estatal de medicamentos. **Doutrina** [periódico online], 2005. Disponível em: <http://www.mp.rs.gov.br/dirhum/doutrina/id238.htm?impressao=1&> Acesso em: 20 nov. 2006.

SACKETT D., ROSENBERG, W.M.C; MUIR GRAY, J.A.; HAYNES, B.R.; RICHARDSON, W.S Evidence based medicine: what it is and what it isn't. Disponível em: <http://www.bmj.com/cgi/content/full/312/7023/71>. Acesso em 26 jun. 2007.

SANTOS L. Saúde: conceito e atribuições do Sistema Único de Saúde. **Jus Navigandi** [periódico online], 2005. Disponível em: <http://jus2.uol.com.br/doutrina/imprimir.asp?id=7378> Acesso em: 20 nov. 2006.

SANTOS, V.; NITRINI, S.M. O. Indicadores do uso de medicamentos prescritos e de assistência ao paciente de serviços de saúde. **Rev. Saúde Pública**, v.38, n.6, p. 819-26, 2004.

SANTOS, L. A judicialização da saúde. **Revista CONASEMS**, n.6, p.44-46, 2003.

SCOTT, D.K.; FERNER, R.E. The strategy of desire and rational prescribing. **British Journal of Clinical Pharmacology**, v.37, p. 217-219, 1994.

Schramm, F.R.; Escosteguy, C.C. Bioética e avaliação tecnológica em saúde **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.16, n.4,p.951-961, out-dez, 2000.

SIMÕES, M.J. S. Estudos de Utilização de medicamentos. In: CASTRO, L.L.C. **Fundamentos de Farmacoepidemiologia**. Campo Grande: GRUPURAM, 2001. 180p.

SILVA, P.L.B. Serviços de saúde: o dilema do SUS na nova década. **São Paulo em Perspectiva**, v.17, p.69-85, 2003.

VARSANO, R.; AFONSO, J.R.; ARAÚJO, E.; PESSOA, E.; SILVA, N.; RAIMUNDO, J. Carga tributária. Evolução histórica: uma tendência crescente. **Informe-se (BNDES)**, n.29, 2001.

VIANNA, S.M. (Org). **Atenção de alta complexidade no SUS: desigualdades no acesso e no financiamento**. Brasília: Ministério da Saúde/IPEA, 2005. v.1, 160p.

VIEIRA, F.S. **As ações judiciais e suas implicações para a assistência farmacêutica e a alocação de recursos do SUS**. São Paulo, 2006. 52p. Dissertação – Mestrado Profissional. Escola paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo.

VIEIRA, F.S.; Zucchi, P. Distorções causadas pelas ações judiciais à política de medicamentos no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v.41, n.2, p.214-222, 2007.

Farmacêuticos, pesquisadores, professores e estudantes: colaborem conosco, enviando artigos ou trabalhos acadêmicos para este espaço. A sua contribuição será muito importante!

Atualização acadêmica é para poucos

Luiz Seneterri***

Ao concluir a graduação o farmacêutico, não diferente dos demais profissionais, fica com a impressão de que tomou um caminho sem volta, que nunca vai parar de estudar (e não deve), de se atualizar, seja qual for a área das ciências farmacêuticas que deseje seguir, principalmente no que tange a educacional.

Continuar se atualizando é algo comum a todas as profissões, principalmente porque cada vez mais vem surgindo inúmeras novidades tecnológicas no mercado, bem como uma gama de novas informações e normatizações voltadas para a área. Entretanto, parece que para o farmacêutico, a constante atualização de conhecimento a nível pós-graduação se torna um pouco mais difícil quando se compara com outras classes profissionais, tendo em vista a escassez de cursos de pós-graduação *latu sensu e strictu sensu* públicos voltados para a área.

Será culpa do próprio farmacêutico, considerado um profissional que não costuma se atualizar? Não é o que se vê atualmente, principalmente com o crescimento de tantas áreas de atuação do farmacêutico, mais recentemente a Assistência Farmacêutica na Saúde Pública, voltada para o Programa de Saúde da Família (PSF) e Núcleos de Atenção à Saúde da Família (NASF), cada vez mais exigindo uma formação voltada para políticas públicas e assistência farmacêutica no SUS.

É inegável que a maioria dos farmacêuticos que se formam sejam sugados pelo serviço público, às vezes até assumindo responsabilidades pela Assistência Farmacêutica de dois ou três municípios, a fim de manter um padrão de vida razoável e compatível com o que investiu ao longo de sua graduação.

Sem contar que não possuem uma

formação voltada para a saúde pública e por isso são obrigados a pagar para se atualizar, em cursos de especialização em faculdades privadas, que chegam a custar até metade de seu salário. Quando não, concorrer com enfermeiros, odontólogos e outros profissionais por mestrados em saúde coletiva/saúde pública que são uma verdadeira batalha por serem altamente concorridos e que restringem sua inserção a um grupo seleto de profissionais que possuem geralmente conhecimento com algum docente que leciona no referido curso ou então tenha estudado na mesma faculdade que promove o curso.

Dentro deste sistema educacional mesquinho e cruel, surge uma outra problemática: como fica a atualização para aqueles farmacêuticos que se formaram em faculdades privadas? Alguns diriam que se estes tiveram como pagar toda sua graduação tem como pagar por sua eterna atualização. Mas entra numa outra questão: o mercado de trabalho (área farmacêutica) é um só para os ambos os grupos, dos que vieram de faculdades públicas e dos que vieram de faculdades privadas. Ou seja, exigente em termos de especialização, escassez de vagas de trabalho e salários baixos. Nesse caso, vence quem tem maiores oportunidades financeiras para continuar investindo em especializações.

O fato é que há uma crise de cursos de mestrado/doutorado em áreas normalmente voltadas para a área de farmácia. Não há na Bahia mestrados e em quantidade suficiente nas áreas mais seguidas pelos farmacêuticos, como assistência farmacêutica, farmácia hospitalar, farmácia magistral e análises clínicas, mas sim alguns mestrados em áreas técnicas como biotecnologia ou homeopatia.

Sem contar que aqueles profissionais que conseguem concluir um

curso de mestrado, que normalmente não é em química, engenharia química, biotecnologia, saúde coletiva, até mesmo administração, preferem seguir carreira acadêmica, causando ainda mais a redução no quantitativo de profissionais com pós-graduação no mercado de trabalho. E ficam a mercê das faculdades privadas que demitem sem justa causa quando o profissional não consegue dar resposta aos anseios e exigências dos alunos, já que não está preparado para este mercado pois não tiveram uma formação voltada para a licenciatura. Aqueles que já se estabeleceram no campo do ensino recebem baixos salários e lecionam entre duas a quatro disciplinas entre cursos de farmácia, enfermagem e medicina por falta de professores em número suficiente com mestrado/doutorado para lecionar disciplinas voltadas para a área de farmácia.

É urgente repensar a formação acadêmica desses novos profissionais farmacêuticos que serão despejados no mercado. É um novo desafio para gestores públicos aliados ao Conselho Federal e Conselhos Regionais de Farmácia, oferecer um ensino em farmácia voltado para as novas exigências do mercado, seja estruturando as grades curriculares com disciplinas voltadas para a área de saúde pública e licenciatura acadêmica, bem como a oferta de novos cursos de mestrado/doutorado em áreas que seja do interesse do profissional farmacêutico e salários compatíveis com sua importância e responsabilidade que exerce nos diversos campos da saúde e da sociedade como um todo, a fim de que possa continuar se atualizando e mantendo um padrão de excelência em tudo o que fizer.

***Luiz Seneterri é Farmacêutico e Auditor em Saúde Pública.

Laboratórios conquistam redução de impostos e reajuste de serviços

Os proprietários de laboratórios de análises clínicas e patologia clínica iniciam 2009 com boas novidades: a inclusão desses estabelecimentos no Sistema de Tributação “Simples Nacional”, o reajuste na tabela do Sistema Único de Saúde (SUS) e a inclusão na Lei nº 11.727. Para o presidente da Sociedade Brasileira de Análises Clínicas Regional Bahia (SBAC/BA), Dr. Mário Martinelli Júnior, enquanto a última medida implica em uma significativa redução tributária e pode ser considerada uma vitória importante, a alteração na Tabela do SUS não foi a esperada pelas entidades representativas das análises clínicas.

O grande benefício da inclusão dos laboratórios na Lei nº 11.727 só atinge as empresas que optaram pelo lucro presumido. Segundo o presidente da SBAC/BA, Dr. Mário Martinelli Junior (foto), existem casos em que empresas não optaram pelo lucro presumido. Estas não consideram as mudanças como efetivamente positivas. “Amparados pela recém-aprovada lei, os laboratórios de análises clínicas podem considerar essa medida fiscal como uma importante vitória” – argumenta o presidente da SBAC/BA. “Trata-se de uma conquista que merece ser ressaltada, pois é fruto da campanha



iniciada em abril de 2007, a partir de uma apresentação feita pelos dirigentes do SINDLAB na Câmara dos Deputados”.

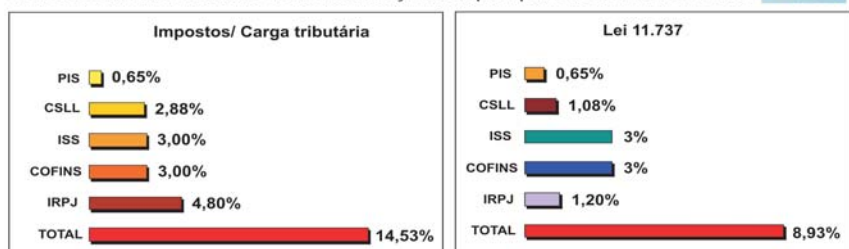
Desde então, conforme historia o Presidente da SBAC/BA, a mobilização nacional sensibilizou os deputados e senadores, que passaram a considerar a exclusão dos Laboratórios Clínicos da Lei nº 11.727 um absurdo. “Perdemos as contas de quantas reuniões foram necessárias, durante a tramitação da Proposta de Emenda até a sanção presidencial, em 19 de dezembro e a entrega da nova lei ao DOU – Diário Oficial da União para publicação, no final de 2008.

“Reajuste foi mínimo”

Quanto ao reajuste da tabela do SUS, o Presidente da SBAC/BA chama a atenção para o fato do avanço ter sido mínimo, pois só atingiu 66 procedimentos, dentre os 5 mil existentes. “Precisamos nos articular, novamente, dando continuidade ao movimento nacional em defesa dos laboratórios clínicos. O SINDLAB e a SBAC cumpriram a sua função, ao acompanhar de perto toda a tramitação da legislação no Congresso Nacional. Mas não fizeram sozinhos. Contaram com a colaboração e o apoio de entidades parceiras e de parlamentares. Assim, tenho a certeza que superaremos os desafios unindo as entidades: SBAC, CFF, SINDLAB, CFM, CRF, CRBM e demais entidades de saúde do país.”

Lei 11.727

De acordo com a nova Lei 11.727 houve uma redução na alíquota para cálculo do IRPJ e CSLL.



Reajuste na Tabela do SUS

Mesmo sendo considerado insuficiente, o reajuste da Tabela do Sistema Único de Saúde, após um total de 15 anos sem qualquer alteração, merece ser destacado, segundo o Vice-Presidente do CRF/BA, Dr. Eustáquio Linhares Borges (foto). “A despeito das mudanças tão profundas, ocorridas na realidade econômica do país, a tabela permaneceu inalterada por muitos anos” – protestou.

A Portaria do Ministério da Saúde/GM nº 3192 de 24 de dezembro de 2008, publicada no Diário Oficial da União no dia 31 de dezembro de 2008, concede reajuste nos valores de procedimentos constantes na tabela de procedimentos, medicamentos, órteses e materiais especiais do SUS. Entre os procedimentos de laboratórios clínicos, as dosagens hormonais serão beneficiadas com reajuste na tabela do SUS. Outros procedimentos diagnósticos que serão reajustados biópsias, colonoscopia e videolaparoscopia.

Os novos valores são frutos de uma incansável luta, coordenada pelas entidades farmacêuticas, a partir de uma bandeira sempre levantada “em prol da ética, da decência profissional e não pelo mercantilismo”, como explicita um manifesto publicado pelos analistas clínicos, em 2007.

Ainda de acordo com a avaliação do Dr. Eustáquio Linhares Borges, embora não contemple o custeio de muitos procedimentos, o reajuste é conseqüência do trabalho realizado pela SBAC, notadamente SBAC/BA:

“A remuneração digna desses procedimentos é uma exigência da

sociedade brasileira, pois representa a viabilidade do acesso da população às novas tecnologias de auxílio diagnóstico. Nestes casos, inclusive, os



custos estão atrelados ao dólar, o que compromete os direitos da população e a equidade dos serviços de saúde.”

Veja texto da Portaria do Reajuste

PORTARIA Nº 3.192, DE 24 DE DEZEMBRO DE 2008

Concede reajuste em procedimentos da Tabela do Sistema Único de Saúde - SUS.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único do art. 87, da Constituição, e

Considerando a Portaria nº 2.848/GM, de 6 de novembro de 2007, que aprova a estrutura e o detalhamento dos procedimentos da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS;

Considerando a necessidade de promover a adequação de valores referentes aos procedimentos ambulatoriais e hospitalares das tabelas de referência nacional do Sistema Único de Saúde.

Considerando as análises e estudos realizados pelas áreas técnicas do Ministério da Saúde, resolve:

Art. 1º Conceder reajuste nos valores dos procedimentos constantes Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS, conforme especificado no Anexo a esta Portaria.

Art. 2º Esta Portaria entra em

vigor na data da sua publicação, com efeitos financeiros a partir da competência dezembro de 2008.

JOSÉ GOMES TEMPORÃO

Texto da Lei Complementar acrescenta os laboratórios

“Art. 3º A partir de 1º de janeiro de 2009, a Lei Complementar no 123, de 14 de dezembro de 2006, passa a vigorar com as seguintes modificações:

§ 5º-D. Sem prejuízo do disposto no § 1º do art. 17 desta Lei Complementar, as atividades de prestação de serviços seguintes serão tributadas na forma do Anexo V desta Lei Complementar:

IX – empresas montadoras de estandes para feiras;

X – produção cultural e artística;

XI – produção cinematográfica e de artes cênicas;

XII – laboratórios de análises clínicas ou de patologia clínica;

XIII – serviços de tomografia, diagnósticos médicos por imagem, registros gráficos e métodos óticos, bem como ressonância magnética;

XIV – serviços de prótese em geral.”

SALVADOR

Curso de Micologia Laboratorial é considerado sucesso total

O Curso de Micologia Laboratorial, realizado pela Sociedade Brasileira de Análises Clínicas Regional Bahia (SBAC), nos dias 5 e 6 de dezembro, foi considerado um sucesso total. Esta foi a opinião unânime dos mais de 60 participantes que assistiram as aulas ministradas pelo professor Paulo M. Neufeld.

Muito elogiado, o convidado especial da Regional da SBAC na Bahia cumpriu um programa voltado para os profissionais que buscam atender às necessidades impostas pelo mercado de trabalho.



Evento reuniu mais de 60 participantes



Dr. Paulo Neufeld

Pós-graduação em Farmacologia Clínica

Em novembro de 2008, o CRF/BA instalou o primeiro curso de pós-graduação em Farmacologia Clínica, na cidade de Itabuna, em parceria com a UNIME. A turma é composta por 27 farmacêuticos da região sul e sudeste, dentre outras. A iniciativa é condizente com a proposta do CRF/BA de regionalizar as ati-

vidades de capacitação, enfocando temáticas estratégicas para a formação profissional.

A Diretoria do CRF/BA parabeneiza os profissionais matriculados, garantindo a excelência na qualidade do programa. A coordenação ficou a cargo da Dra. Luciane Lopes e sua equipe.



Primeira turma é composta por 27 pós-graduandos



Participaram da abertura os professores:

Dr. Eustáquio Borges
(vice-presidente do CRF/BA).

Dra. Luciane Lopes
(coordenadora do curso).

Dra. Nilsen Carvalho F. Oliveira Filho
(representante da comissão de ensino do CFF).

Dr. Fabrício Rios (UESC)

ERRATA - Na matéria "Conselho obtém aprovação", publicada na edição passada, reproduzindo entrevista com o Dr. Helder Conceição Teixeira, onde se lê: "300 farmácias na cidade", leia-se: "cerca de 300 farmácias em toda a região".

Inauguração de seccional em Juazeiro amplia atuação do Conselho

Com a inauguração de mais uma seccional, na cidade de Juazeiro, o Conselho Regional de Farmácia da Bahia completa a sua rede de atuação no âmbito do interior do Estado. Ao liderar a cerimônia que reuniu expoentes da comunidade local, o presidente do CRF/BA Dr. Altamiro Santos, ressaltou, em discurso, a importância da chegada do Conselho no Norte baiano:

“Esta era a única microrregião que ainda não dispunha de uma estrutura adequada para a realização de um trabalho mais específico, especialmente dedicado à prestação de apoio e de serviços, não apenas para os farmacêuticos, mas para toda a população” – comentou o presidente do CRF/BA. “Chegávamos pouco até as localidades que abrangem as cidades de Paulo Afonso, de Jacobina, do Senhor do Bonfim e da própria Juazeiro, onde fica a nossa subsede. Agora, ampliamos a nossa força”.



Dr. Emanuel Jair , Dr. Altamiro Santos, Lindiane Feitosa, Dr. Roberto Soares da Silva e Dr. José Gilvandro

Participaram do evento, os delegados honorários do Conselho de Farmácia do Estado de Pernambuco, Dr. José Gilvandro, e de Petrolina, Dr. Emanuel Jair. O presidente da Associação dos Farmacêuticos de Juazeiro

(ASFARJU), Dr. Roberto Soares da Silva , também marcou presença.

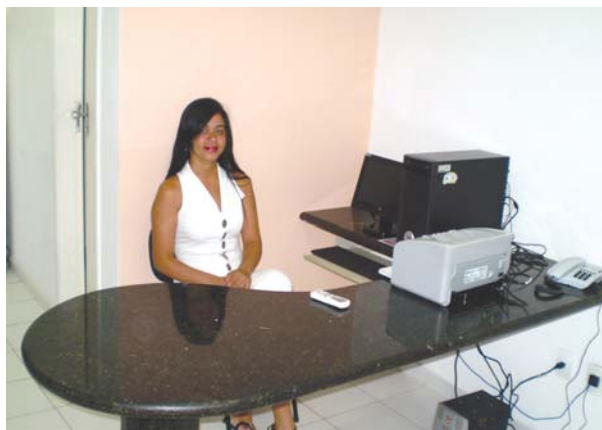
A nova subsede já tem uma funcionária, Sra. Lindiane Feitosa e localiza-se na Praça da Bandeira nº 16, 1º Andar, Ed. Olegário Soares, Centro. Até o momento, cabia à



Confraternização no terraço do prédio onde situa-se a subsede

associação de farmacêuticos local a incumbência de promover eventos e mobilizar os profissionais da área de farmácia. A partir de fevereiro, a seccional vai contar com um fiscal fixo, o que irá valorizar ainda mais a região.

A proposta, segundo Altamiro Santos, é diversificar o trabalho de regularização do comércio em farmácias. “Há uma grande demanda, que precisa ser rapidamente solucionada. A seccional vai dar um suporte importante e necessário, agindo com celeridade quando for o caso”.



A nova funcionária, Lindiane Feitosa

CRUZ DAS ALMAS

Farmácias irregulares serão autuadas



A secretária de Saúde do município de Cruz das Almas e a chefe da Vigilância Sanitária participaram de uma reunião (foto) com o presidente do CRF/BA, Dr. Altamiro Santos, para tratar sobre algumas farmácias que estão vendendo produtos estranhos ao comércio farmacêutico. De acordo com um relatório apresentado durante o evento, existem, na cidade, um total de sete farmácias que estão infringindo a legislação sanitária e serão autuadas, a partir de uma ação

conjunta, coordenada pela VISA.

A reunião também contou com a participação do Delegado Honorário do CRF, Dr. Washington Murilo Peixoto Segundo ele, todos os presentes se comprometeram em colaborar com uma ação efetiva para fazer com que estas farmácias se enquadrem na legislação urgentemente. "Acreditamos que conseguiremos reverter a situação, sem problemas"- comentou o delegado.



Farmacêuticos reunidos

IRECÊ

Associação de Farmacêuticos tem nova Diretoria

A Associação de Farmacêuticos de Irecê está renovando a sua diretoria. A eleição dos novos dirigentes aconteceu nos dias 12 e 13 de setembro, durante a realização de um simpósio sobre a Assistência Farmacêutica. O evento, que contou com o apoio do CRF/BA,

foi ministrado pelo farmacêutico Ariel Resende e Jader Oliveira Donato, especialista na área de análises clínicas e de controle de qualidade de laboratórios. A nova diretoria da AFI é encabeçada pelo Dr. Helder Alan Cavalcante, presidente eleito.

BELMONTE

Assinatura de TAC põe fim a conflito

O Ministério Público foi convidado pelo CRF/BA para tratar sobre as farmácias irregulares e sobre os laboratórios de análises clínicas da cidade de

Belmonte. Com o apoio do MP foi possível solucionar o conflito, a partir do estabelecimento de um Termo de Ajuste de Conduta (TAC).

SANTO ANTONIO DE JESUS

Pólo contribui para a expansão profissional

Com uma participação expressiva dos farmacêuticos do município de Santo Antônio de Jesus, o presidente do CRF/BA, Dr. Altamiro Santos abriu uma reunião, no dia 21 outubro, para tratar sobre a importância da organização da categoria naquela região com a criação da associação dos farmacêuticos. De acordo com o presidente do Conselho, Santo Antônio de Jesus é um município que cresce muito, economicamente, o que determina o fato de tornar-se um alvo de atenção especial para o CRF/BA.

"O contingente populacional é muito representativo para todo o estado. Além disso, também contamos com a Universidade do Recôncavo, um pólo cultural importante e destacado. O reitor anunciou, inclusive, a possibilidade de criação de um hospital universitário, com cerca de 800 leitos, para breve. Um curso de Farmácia também está sendo cogitado e não podemos ficar de fora deste processo."



Dr. Altamiro Santos e Dr. Alex Xavier



Comissão Pró-Associação

programe-se

Marketing aplicado a Consultórios e Clínicas de Nutrição

Quando: 26 a 30 de janeiro

Onde: São Paulo

Informações: Racine



Campanha Nacional

Farmácia é um Estabelecimento de Saúde

Quando: 7 de fevereiro (sábado), das 9h às 15h

Onde: Largo da Boa Viagem

Informações: (71) 3266.0464 / 3266-6043
(SINDIFARMA - Fernando ou Patrícia)

Mestrado em Perícias Forenses Multiprofissional

Onde: Universidade de Pernambuco

Informações: (81) 3183.7659

posgraduacao@yahoo.com.br / www.upe.br

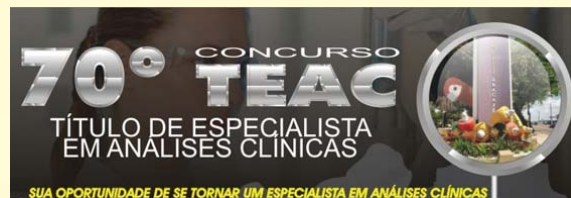


VI Pharma RS – Congresso Gaúcho de Farmacêuticos

Onde: Bento Gonçalves - RS

Quando: 2 a 4 de abril

Informações: (51) 3027-7541
www.crf-rs.org.br



70º Concurso de Título de Especialista em Análises Clínicas – TEAC

Onde: Aracaju/SE

Realização: SBAC nacional e parceria da SBAC Bahia e Sergipe

Quando: 17 a 19 de abril

Informações: (21) 2187-0800 / 0805 ou teac@sbac.org.br / www.sbac.org.br

Prazo de inscrição até o dia 31/03/09

8º Congresso Nacional de Rede Unida III Seminário Estadual de Humanização I Seminário Estadual de Práticas de Ensino I Seminário Estadual sobre Residência em Saúde

Onde: Centro de Convenções - Salvador - Bahia

Quando: 6 a 9 de maio

Informações: www.redeunida.org.br



VII Congresso Brasileiro de Farmácia Hospitalar, IV Encontro de Professores de Farmácia Hospitalar, II Encontro Brasileiro de Residências em Farmácia Hospitalar

Onde: Minascentro – Belo Horizonte/MG

Quando: 11 a 13 de junho

Informações: Fone: (31) 2526-1002
2526-1001 / contato@fariavasconcelos.com.br

O CRF-BA deseja aos farmacêuticos um feliz 2009!



**Farmácia não
é um simples
comércio.**



**Sua vida
não tem
preço.**

Fazer da farmácia estabelecimento de saúde é de interesse público.