

Conselho Regional de Farmácia do Estado da Bahia

# CRF-BA

ISSN 1981-8378

em Revista

Ano IV - Nº 16 - Julho/2011

## Empreendedorismo farmacêutico é uma garantia de sucesso



**Em livro, docente destaca a importância da Assistência Farmacêutica**

*Págs. 12 a 14*

**Promoção da saúde é tema do Farmácia em Debate**

*Págs. 15 a 21*

## Empreendedorismo Farmacêutico

**N**esta edição, estamos apresentando para a classe farmacêutica alguns exemplos de empreendedorismo nos segmentos da atuação profissional com maiores desafios para os jovens farmacêuticos que ingressam no mercado de trabalho.

As oportunidades na área da Farmácia Comunitária representam o melhor mercado de ocupação para empreender, visto que a grande chance pode ser constatada pelo alto grau de proprietários leigos em nossas realidades regionais. Competir empresarialmente com o leigo, em princípio, entendemos como uma perspectiva concreta diante da grande diferença da bagagem de conhecimentos incorporada na graduação e em cursos de pós-graduações, focados na promoção da atenção farmacêutica. Ao nosso ver, um diferencial competitivo para a percepção da sociedade.

O maior desafio desta área, já bastante estudado e avaliado, é a competitividade na formação do preço de medicamentos pelas grandes redes de farmácias. Na prática, atrelam a economia popular à economia da saúde. A alternativa justa para neutralizar a competitividade nos preços tem sido a formação de cooperativas organizadas de compras para facilitar uma formação de preços

competitivos do medicamento para a população e capazes de competir com as farmácias de grupos/redes.

A aliança da competência na atenção farmacêutica e a oferta de preços competitivos dos medicamentos representam o binômio da solução para a conquista do espaço e para a atuação na Farmácia Comunitária.

Alguns exemplos vitoriosos da incorporação deste binômio na farmácia comunitária podem ser constatados em iniciativas bem solucionadas em alguns estados da Federação e na Bahia. Os novos farmacêuticos baianos precisam perseguir esta solução para o sucesso profissional.

No outro grande campo da atuação profissional - o Laboratório Clínico - o quadro e o processo de conquista profissional não escapa da mesma lógica do binômio destacado acima, ou seja atenção diagnóstica e competitividade na formação dos custos nos procedimentos laboratoriais. Também no laboratório Clínico, a competitividade depende desta solução de aliar uma melhor qualidade na atenção, a uma solução de formação dos custos de insumos e tecnologias adequados. Experiências na evolução destes dois parâmetros do binômio têm sido implantadas no Brasil com a formação de cooperativas de laboratórios para aquisição de materiais, insumos e tecnologias. Estas iniciativas mostram que temos alternativas concretas para evitar o massacre do peso dos oligopólios e ampliarmos as conquistas do mercado de trabalho farmacêutico.

*A Diretoria*



### DIRETORIA

- Dr. Altamiro José dos Santos** - Presidente  
**Dr. Eustáquio Linhares Borges** - Vice-presidente  
**Dra. Eliana Cristina de S. Fiais** - Secretária-Geral  
**Dra. Edenia S. Araújo dos Santos** - Tesoureira

### CONSELHEIROS

- Dr. Altamiro José dos Santos  
Dr. Cleuber Franco Fontes  
Dr. Clóvis de Santana Reis  
Dra. Cristina Maria Ravazzano Fontes  
Dra. Edênia Socorro dos Santos Araújo  
Dra. Eliana Cristina de Santana Fiais  
Dr. Eustáquio Linhares Borges  
Dra. Fernanda Washington de Mendonça Lima  
Dr. Jacob Germano Cabús  
Dra. Mara Zélia de Almeida  
Dra. Maria Lúcia Fernandes de Castro  
Dra. Sônia Maria Carvalho  
Dra. Tânia Maria Planzo Fernandes (suplente)

### CONSELHEIRO FEDERAL EFETIVO

- Dr. Mário Martinelli Júnior

### CONSELHEIRO FEDERAL SUPLENTE

- Dra. Angela Maria de Carvalho Pontes

### Editado pelo Conselho Regional de Farmácia do Estado da Bahia

ISSN 1981-8378

### JORNALISTA RESPONSÁVEL

Rosemary Silva Freitas - DRT/BA - 1612

### REVISÃO

Carlos Amorim - DRT/BA - 1616

### EDITORIAÇÃO ELETRÔNICA

Lucca Duarte

### IMPRESSÃO GRÁFICA

Gráfica Qualigraf

**ESTAGIARIA:** Letícia M. G. dos Santos

### TIRAGEM DESTA EDIÇÃO

5 mil exemplares

### Horário de funcionamento do CRF/BA

Das 9h às 17h

Rua Dom Basílio Mendes Ribeiro, nº 127 - Ondina- Cep. 40170-120  
Salvador - BA - Fones: (71) 3368-8800 / 3368-8849 / Fax: 3368-8811  
e-mail: crf-ba@crf-ba.org.br / www.crf-ba.org.br

# 04



### Experiências positivas nas especialidades farmacêuticas

A população é a maior beneficiada pelo empreendedorismo bem-sucedido.

Págs. 4 a 11

# 12



### Professora em entrevista destaca a importância de livro para farmacêuticos

A professora Tatiane Alencar apresenta o livro *Assistência Farmacêutica* e fala sobre a importância do livro para os farmacêuticos.

Págs. 12 a 14

# 15



### A promoção da saúde é discutida

A promoção da saúde e o controle racional de medicamentos foram discutidos na quarta edição do seminário *Farmácia em Debate*. Vários especialistas estiveram presentes.

Págs. 15 a 21

# 22



### Artigo científico

Correlação da glicemia e da hemoglobina glicada em pacientes do sertão baiano para diagnóstico e/ou acompanhamento do *diabetes mellitus*.

Pág. 22 a 27

# 28



### Acontece

Eventos e atividades realizadas no país e no estado. Várias reuniões realizadas em municípios baianos.

Págs. 28 a 30

# 31

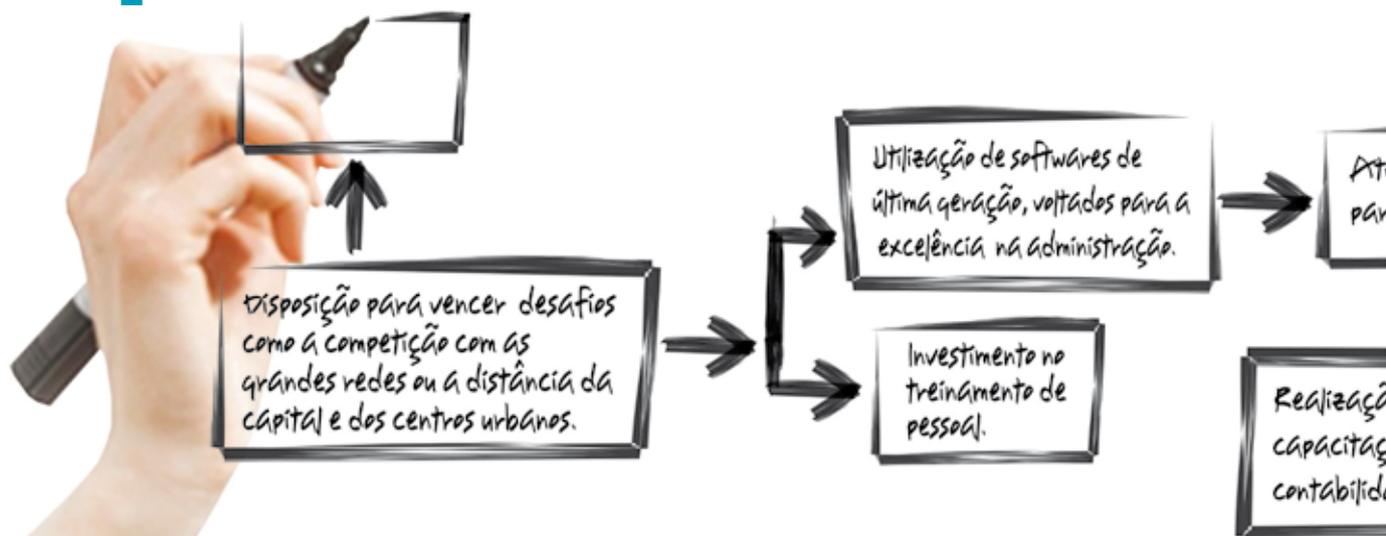


### Programe-se

Agenda científica e de eventos. Vale a pena participar. Faça a sua programação semestral.

Pág. 31

# População é a maior beneficiária do empreendedorismo bem-sucedido



Os itens destacados acima são as principais medidas adotadas por empreendedores esforçados e dedicados, que acumulam a dupla função de farmacêuticos bioquímicos e administradores. Responsáveis por uma Farmácia Comunitária, em Jacobina, e de um laboratório polivalente, em Ubaíra, o Dr. Lucas Carneiro e a Dra. Tânia Silva, consideram que a população é a maior beneficiada pelo êxito alcançado. No âmbito mais geral, a equipe da Décima está obtendo sucesso no comando da empresa, que presta consultoria técnico-científica para laboratórios clínicos e profissionais interessados em produzir trabalhos científicos e participar de cursos de extensão.

## Farmácia Comunitária: vocação para praticar o bem

Quando decidiu se dedicar ao investimento necessário para abrir uma Farmácia Comunitária, o Dr. Lucas Carneiro se dispôs a prestar um atendimento personalizado, voltado para a informação dos usuários de medicamentos. A variedade de produtos somou-se aos cuidados com a organização e higiene, além da prestação da Atenção Farmacêutica.

Dentre os principais fatores dife-

renciais, ressalta-se a presença de um farmacêutico no atendimento, realizado em parceria com o irmão e sócio Dr. Leandro Carneiro. Mantemos o profissional nas duas unidades do município de Jacobina", acrescenta Dr. Lucas Carneiro. "Procuramos estar sempre presentes no balcão. Tratamos nossos clientes com muito respeito. Assim, cativamos mais ainda outros clientes e investimos muito

no treinamento e na capacitação.

Foram introduzidas muitas novidades implantadas para que a Farmácia Comunitária crescesse e realmente conquistasse a população local. O Dr. Lucas Carneiro destaca uma reforma física, que incluiu uma rampa para deficiente físico, além da utilização de *softwares* de última geração, como modelo para a administração da farmácia. "Também investimos

# ada pelo ucedido



muito em treinamento de pessoal e contamos com a parceria do SEBRAE”, anuncia o farmacêutico.

Neste contexto, o treinamento da equipe, demonstrando a importância da Atenção Farmacêutica e a finalidade do farmacêutico para a comunidade, foi fundamental. A divulgação foi feita através de entrevistas nas rádios e a escolha de um software voltado para o suporte administrativo assegurou o desenvolvimento de um bom trabalho.

A rentabilidade do empreendimento é comentada como resultante da manutenção de um estabelecimento bem estruturado e com a gestão administrativa competente é rentável.

Quanto à abertura de novas farmácias, Dr. Lucas Carneiro declara que não tem uma opinião formada sobre o tema. “Faço votos para que seja exclusividade de farmacêutico, apesar de não acreditar nesse ideal.”

Na opinião do farmacêutico empreendedor, todos na profissão têm que pensar que, se a farmácia, quando administrada por leigos, dá resultados, imagine com o profissional qualificado. “Dará mais ainda”, declara. “No entanto, faz parte do investimento a realização de cursos de capacitação nas áreas de administração, contabilidade, vendas, atendimento e gerenciamento.”

“Ele terá uma dupla função: a de farmacêutico e a de administrador”, avalia. “Desta forma, passa a existir um fator diferencial forte sobre a concorrência, pois é

ele mesmo no atendimento. Na maioria das farmácias, não encontramos o farmacêutico no balcão. E, daí em diante, é só investir em propaganda e fazer um bom trabalho com a população.”

O reconhecimento da população, segundo o depoimento do empresário farmacêutico, acontece no momento em que o cliente retorna para a farmácia trazendo parentes, vizinhos, amigos e relatando que foram bem atendidos. “Por isso, retornam e levam mais um. Acho que é esse o maior prêmio, o reconhecimento do trabalho pela população.”

## Vencendo obstáculos

Para 2011, foi anunciado a implantação do Programa Sebrae Gestão de Qualidade, com o objetivo de crescer e investir em novas franquias. A ideia é criar condições para a superação de

obstáculos que venham a surgir no futuro.

Mas quais seriam tais obstáculos? Dr. Lucas Carneiro responde: “Sinceramente, as grandes redes estão cada vez mais agressivas.



Os sócios Dr. Leandro Carneiro e Dr. Lucas Carneiro

Se as farmácias pequenas não implantarem um sistema de administração competente e profissional, a tendência é desaparecerem. Porém, vejo que na Atenção Farmacêutica temos uma grande aliada para a sobrevivência das pequenas e médias farmácias.”

O Dr. Lucas Carneiro dá continuidade à sua argumentação, declarando que acredita na viabilidade de uma organização de farmacêuticos proprietários. A exemplo do que ocorre em outros estados, quando existe a necessidade de assumir o confronto com os oligopólios de redes, a criação de uma cooperativa pode ser a solução.

“Sim, sem sombra de dúvidas, trata-se de uma proposta muito viável. Afinal, juntos, teremos mais poder de negociação com os fornecedores de medicamentos e com a população em geral”, explica. “O associativismo é fundamental para o crescimento dos pequenos. Eu só não acredito nessa ideia quando a sua concretização acontece numa mesma cidade, ou no mesmo bairro. Nestes casos, a concorrência é maior. Mas, ainda assim, o associativismo é de grande importância.”

Em alguns estados, o associativismo dos pequenos empreendimentos tem representado o fortalecimento das possibilidades

de formação de preço do medicamento para o mercado. Na Bahia, a realidade é a mesma, na opinião de Dr. Lucas Carneiro.

Mas ele pondera que será preciso que os próprios farmacêuticos comecem a ver a farmácia como um bom negócio,

investindo nesse mercado. “Já existem associações de rede de farmácias, mas que não são de farmacêuticos” - complementa.

“A partir desta linha de raciocínio, fica fácil compreender que o maior desafio são as grandes

redes. Mas já estamos nos preparando para crescer cada vez mais, de forma consistente e sólida. Nós participamos de uma dessas redes, a Rede Multmais de Farmácias.”

A participação em congressos e o investimento em educação a distância também são preocupações assumida pelo empreendedor. “Hoje, nós somos credenciados e atendemos representações de laboratórios de medicamentos e participamos da Semana Racine, em São Paulo. Já fizemos pós-graduações em Farmácia Magistral e em Farmacologia Clínica e Atenção Farmacêutica. Para 2012, farei outra pós em Farmacologia.”

## Vigilância Sanitária: uma necessidade

Outra preocupação é a falta de fiscalização das vigilâncias sanitárias, um problema que causa o aumento do número de farmácias irregulares no interior. Esses estabelecimentos vendem muitos produtos sem registro e muitos que deveriam ser controlados são vendidos sem receitas.

“Representantes vendem medicamentos controlados para as farmácias sem nota fiscal. As farmácias vendem sem receita médica, causando desorganização no setor e insegurança para o público”, denuncia.

Esta é uma constatação muito grave do ponto de vista sanitário. Todos sabem que a Vigilância Sanitária nos municípios está atrelada ao favoritismo político contra os legítimos interesses da população e da saúde pública.

O Dr. Lucas Carneiro defende que dentre os caminhos a serem seguidos, com o objetivo de mudar esta realidade do atrelamento dos políticos locais nos municípios contra os interesses da população, destaca-se o fortalecimento da independência dos conselhos municipais de saúde.

“Os conselhos municipais de Saúde têm um papel fundamental”, reafirma. “No entanto, para ter poder de atuação, é preciso que os segmentos sociais tenham representação com autonomia e comprometimento com a sociedade local. Além disso, a imprensa tem que divulgar abusos e erros que possam prejudicar a população. Somente com a conscientização, a população terá condições de fiscalizar e assim melhorar tudo.”

# Labocito: compromisso com a inovação

A marca Labocito foi criada pela Dra. Tânia Silva após a conclusão do curso Especialização em Citologia, uma iniciativa que alia os serviços de análises clínicas com a citologia clínica, constituindo-se o primeiro laboratório com esse perfil, na região.

Apesar das dificuldades enfrentadas no início, a Dra. Tânia Silva ressalta o desenvolvimento de uma prática da atenção à saúde, buscando sempre a promoção da saúde individual e coletiva para os membros da comunidade. “Defendemos o nosso direito e dever de ajudar, de contribuir e de realizar nosso papel social, trabalhando para uma população carente e desassistida.”

Como diferencial, a empreendedora procurou desenvolver uma atenção à saúde cuidando de pessoas e marcando a importância do saber cuidar, de forma personalizada.

A trajetória do Labocito pode ser considerada um exemplo da importância da interiorização e qualificação dos serviços de saúde, uma vez que, quando foi implantado, ninguém acreditava nesta potencialidade. Segundo a Dra. Tânia Silva, enquanto o início foi bem tímido, com uma bancada e um microscópio, todas as dificuldades foram superadas com o apoio e a credibilidade conquistada com a perseverança.

“Hoje, dispomos de uma policlínica, com vários profissionais e especialistas, todos mantendo o compromisso e a responsabilidade com o bem cuidar, missão funda-

Graduada em Farmácia Bioquímica pela Universidade Federal da Bahia (UFBA) no ano de 1995, a Dra. Tânia Silva buscou inserir-se no campo das análises clínicas, trabalhando no laboratório do hospital do município de Ubaíra por um período de quatro anos.

Quando foi convidada para assumir a Secretaria Municipal de Saúde, teve a oportunidade

de enfrentar os desafios da gestão, bem como de entender os processos e as burocracias do sistema público de saúde.

“Nesta ocasião, paralelamente, cursou e concluiu a especialização em Citologia Clínica, o que me fez vislumbrar um grande mercado e oportunidade de trabalho ao constatar a carência desses serviços na região.”



*Sede do laboratório*

## Trajetória promissora

mental da empresa. Temos a grande satisfação de atuar como uma equipe multiprofissional de saúde, o que facilita a solução local de muitos problemas da atenção.”

A equipe multidisciplinar é integrada por médico clínico, ortopedista, cardiologista, oftalmologista, gastroenterologista, ginecologista, neurologista e nutricionista. Também são disponibilizados serviços de ultrassonografia, fisioterapia e atendimento de RPG, Pilates, entre outras.

O futuro do Labocito consiste na ampliação das equipes de especialidades demandadas na assistência sanitária regional, incluindo

serviços odontológicos, além do investimento em equipamentos de ponta, com o objetivo de melhorar sempre nosso diagnóstico.

Considerando as características geográficas do Vale, que apresenta pequenos distanciamentos entre as sedes intermunicipais, torna-se possível vislumbrar uma grande abrangência da assistência promovida pelo Labocito. A Dra. Tânia Silva ressalta, portanto, o desenvolvimento de uma consciência de que o laboratório está contribuindo para a acessibilidade, a regionalização, integralização e outros pilares almejados pelo Sistema de Saúde (SUS).

## Investimento na prevenção de doenças

Como farmacêutica bioquímica integrada à equipe de saúde, Dra. Tânia Silva tem percebido a grande importância da promoção da prevenção, do controle e da detecção de um diagnóstico mais preciso. Isso possibilita a eficácia, bem como a resolutividade das intervenções e a melhoria nos cuidados à saúde.

“Dessa forma, percebo o reconhecimento das equipes multiprofissionais com a qual partilhamos

os conhecimentos como parceiros. Alcançamos, principalmente, o reconhecimento por parte dos pacientes tratados com sucesso e da comunidade local. Esse êxito representa, para a equipe, uma satisfação profissional, servindo de estímulo e proporcionando forças para continuar esta grande missão.”



*Atendimento de qualidade é prestado à população*

## Perseverança em prol do êxito alcançado

Os desafios foram muitos, entre os quais foram destacados a dificuldade financeira e o afastamento dos grandes centros urbanos: “Ainda assim, perseveramos em nosso projeto, estimulados pelo interesse em desenvolver um serviço de excelência em uma região carente, o que nos mobilizou para que superássemos todas as dificuldades encontradas.”

Hoje, o Labocito tem consolidado um trabalho na região com abrangência intermunicipal e ampliando a cobertura assistencial com a Prefeitura Municipal de Cravolândia, onde foram implantados postos de coleta. Com relação aos serviços de citologia, o Labocito é o único credenciado pelo Serviço Único de Saúde (SUS). Assim, o laboratório atende à demanda regional, onde fazem parte, hoje, os municípios de Jaguaquara, Santa Inês, Cravolândia, Ubaira, Jiquiriçá, Mutuípe e Laje.

O Vale do Jiquiriçá é uma região eminentemente agrícola, formada por pequenos municípios. Assim, o perfil da clientela é composta

por uma população de moradores da zona rural e de baixo poder aquisitivo, representando 60% do atendimento realizado na empresa.

“Destacamos que todas as cidades são banhadas pelo rio Jiquiriçá”, comenta Dra. Tânia Silva. “As cidades são carentes de

**“ A grande importância do nosso trabalho consiste no diagnóstico rápido e preciso desses problemas, de forma que o paciente possa ser encaminhado ao tratamento adequado ”**

serviços de saneamento e esgotamento sanitário, assim como de gestão ambiental.”

Em oito anos de trabalho, foram identificados alguns problemas que são comumente diagnosticados. E, mesmo sem possuir nenhuma ferramenta estatística, a Dra. Tânia Silva observou que os índices parasitários, princi-

palmente esquistossomose, são bastante elevados.

Também são males frequentemente detectados as infecções urinárias, desnutrição, hipertensão, diabetes e tuberculose. Na área da citologia, são encontrados um número grande de lesões de baixo e alto grau.

“A grande importância do nosso trabalho consiste no diagnóstico rápido e preciso desses problemas, de forma que o paciente possa ser encaminhado ao tratamento adequado mais rapidamente possível, evitando o agravamento do quadro clínico”, explica a farmacêutica. “Para isso, mantemos uma parceria com a equipe médica das cidades em que atuamos, realizando serviços laboratoriais de urgência, inclusive nos finais de semana, além da coleta em domicílio.”

A remuneração dos serviços do Labocito ocorre através de tabela própria, sempre levando em conta o poder aquisitivo da população referenciada e também o serviço SUS. Na assistência em citologia, é mantida a parceria

com inúmeras prefeituras da região, referenciando o Labocito como alternativa regional de soluções de prevenção, controle e diagnóstico. Evita-se, assim, que as mesmas tenham que ser deslocadas para Salvador. Os benefícios do controle e prevenção do câncer uterino são usufruídos pela população da região do Vale, facilitando, assim a assistência e a acessibilidade.

## Compromisso com o aperfeiçoamento profissional

A equipe responsável pelo Labocito tem um compromisso muito grande com a capacitação e atualização profissional. Dessa forma, procuramos participar, anualmente, de congressos, cursos, minicursos e jornadas, eventos promovidos pelo SBAC em parceria com o CRF/BA e outras entidades científicas.

O objetivo é reciclar o conhecimentos dos participantes, de forma que estejam sempre antenados às mudanças e inovações dos recursos aplicados aos cuidados à saúde. "Procuramos trocar experiências com nossos colegas de regiões distintas, enriquecendo, assim, nossos conhecimentos.



*Dra. Tânia Silva delegada honorária do CRF/BA*

# Como tudo começou?

## Dr. Lucas Carneiro

Eu trabalho em estabelecimento farmacêutico desde o ano de 1996, quando tinha 15 anos de idade. Dava apoio ao meu pai. A partir de 2001, após me formar, a minha atividade como profissional farmacêutico passou a ser exercida na farmácia.

O fato de ter crescido dentro de uma farmácia foi determinante. Meu pai já possuía farmácia no povoado do Junco, muito antes do meu nascimento. Desde pequeno, eu observava o trabalho dele no balcão. Então, resolvi estudar Farmácia. No terceiro período do curso, eu já tinha a certeza que meu futuro era na Farmácia Comunitária.

### Premiações merecidas

- Prêmio Mérito Lojista de Jacobina, em 2010, como a me-

lhor Farmácia de Manipulação, premiação realizada pela CDL e Associação Comercial de Jacobina.

- Prêmio de Empresário Jovem do ano, em 2010. Premiação concedido pelo CDL e pela Associação Comercial de Jacobina.
- Medalha de Comenda ao Mérito pelo CRF/BA, em 2010.
- Prêmio MPE Brasil de Competitividade para Micro e Pequenas Empresas etapa Estadual Bahia em 2009, concedido pelo SEBRAE, GERDAU, Petrobras e Fundação Nacional da Qualidade (FNQ). É o prêmio mais sonhado pelas micro e pequenas empresas.

## Dra. Tânia Silva

Iniciamos este projeto em março de 2003. Surgiu em um momento em que senti necessidade de permanecer no interior. E, pra isso, tinha que ter algo, além de um emprego instável. Tinha que tocar meu próprio negócio, colocar meu potencial em prática.

Tive, como experiência profissional, o trabalho realizado no laboratório do hospital municipal. Vendo de perto as necessidades e dificuldades da saúde pública em uma pequena cidade no interior da Bahia. Tive oportunidade de assumir a Secretaria Municipal de Saúde, me aprofundando cada vez mais na problemática que é a saúde pública, nesse país.

Preocupada com essa situa-

ção, senti que precisava fazer algo e tinha consciência do meu potencial e percebi que era possível contribuir para a melhoria da saúde neste município e região.

Começamos pensando pequeno, com muita dificuldade financeira, mas com muita fé em Deus, confiança, determinação, e acreditando naquilo que estava fazendo. Numa época em que ninguém acreditava no potencial da região do Vale do Jiquiriçá, com a grande maioria da população de baixa renda, surgiu nossa marca com o propósito primordial de desenvolver um trabalho que pudesse contribuir com os serviços de saúde praticados na região.

# Consultoria Científica pode ser um diferencial no mercado e na boa qualidade dos serviços

Tudo começou com o encontro profissional na sede da Fiocruz, em Salvador. A Dra. Daniele Brustolim, a Dra. Mara Dias Pires e a Dra. Siane Campos de Souza trabalharam juntas, atuando nas áreas da pesquisa científica e em laboratórios de análises clínicas. A partir daí, perceberam a oportunidade de prestar um serviço valioso para os profissionais da área de Farmácia:

“Os farmacêuticos que realizam cursos de mestrado e doutorado, e mesmo aqueles que têm apenas a graduação, mas desejam se aperfeiçoar, necessitam de apoio e orientação. E é a nossa proposta: apoiar e orientar a nossa clientela”, esclarecem as três sócias. “Assim, a Decima se fundamenta em três pilares: a realização de cursos de extensão para alunos e profissionais da área de saúde,

a prestação de assessoria em trabalhos científicos e a prestação de consultoria técnico-científica para laboratórios clínicos.”

Nos cursos de extensão, segundo a Dra. Daniele Brustolim, a proposta é aproximar o aluno da prática, sem fugir das bases científicas. Ao ministrar as aulas, as profissionais adotam artigos científicos como base para as atividades clínicas, sempre usando a experiência acadêmica e prática.

“Lembramos, ainda, que os cursos enfocam assuntos que o aluno, na maioria das vezes, não tem acesso na graduação,” destaca a Dra. Daniele Brustolim. “Com foco no conceito da atuação no labo-

ratório baseado em evidências, a intenção é levar ao aluno ou profissional o que há de melhor e de mais inovador na sua área de atuação”.

Os cursos são realizados por uma equipe que tem formação qualificada, além de ampla experiência prática profissional.



As coordenadoras da Decima

## Tecnologia científica em alta

No âmbito da assessoria, de acordo com a Dra. Mara Dias Pires, a Decima auxilia os clientes no delineamento de trabalhos científicos, a exemplo de TCC, dissertações, teses, projetos de pós-graduação e artigos. Este serviço é prestado com base nas técnicas de metodologia científica adquiridas pelas farmacêuticas empresárias, não só nos seus respectivos cursos de mestrado e de doutorado, como também nos centros de pesquisas onde atuam.

“Tentamos sempre mostrar que, no auxílio a estes trabalhos, torna-se muito importante a contribuição pessoal do profissional

que busca o aperfeiçoamento. Este toque pessoal é imprescindível para a difusão de conhecimento através da publicação científica” –justifica a Dra. Siane Campos de Souza.

A consultoria, o terceiro pilar da Decima, é baseada na aplicação de um projeto de soluções exclusivamente direcionado para os laboratórios clínicos ambulatoriais e hospitalares. O projeto desenvolvido pelas farmacêuticas consultoras propõe que os gestores aproveitem os dados produzidos diariamente como fonte de informação em prol da melhoria da saúde. E isso sem contar que o principal objetivo é

alcançar a otimização de novas técnicas e metodologias.

“Nossa atividade é inovadora e está inserida em um mercado promissor, porém incipiente,” comenta a Dra. Siane Campos de Souza. “Os próprios clientes ainda não conseguem visualizar como uma consultoria científica pode ser um diferencial no mercado e na qualidade dos seus serviços. No entanto, os alunos que enfrentam essa etapa, com visão profissional e com a assessoria adequada, percebem esse diferencial desde a procura pelo primeiro emprego.”

No meio acadêmico, não há incentivos para que o TCC seja um



dos laboratórios clínicos do Brasil, facilitando a padronização destes serviços. Além disso, os avanços tecnológicos propiciam maior tempo para se pensar e produzir trabalhos baseados em seus próprios dados laboratoriais.”

As responsáveis pela Décima defendem que os laboratórios se aproximam, cada vez mais, da linha de produção industrial sem perseguir a conduta humanizadora. Mas, por outro lado, não podem se afastar das bases científicas, nem dos cuidados ao paciente, uma vez que o trabalho realizado envolve variações biológicas individualizadas.

trabalho a ser futuramente aplicado na vida profissional do aluno, segundo a opinião da Dra. Daniele Brustolim.

“Na consultoria aos laboratórios clínicos, visualizamos um mercado bastante próspero. O processo de automatização completa já é realidade em mais de 50%

## Mercado promissor

Para a Dra. Mara Dias Pires, no campo da saúde, os profissionais com grande bagagem de conhecimento tendem a seguir uma área acadêmica e um perfil pouco empreendedor. “Há, inclusive, a negação ao empreendedorismo, pois a pesquisa se afastou muito do mercado, no Brasil. Em outras áreas, como no setor industrial, de serviços e técnico-administrativos, esse mercado já existe e está prosperando mais”, argumenta a especialista. “Por experiência própria, recomendamos a estes profissionais que abram os olhos para o empreendedorismo e dediquem-se ao mercado promissor de aplicação do conhecimento adquirido.”

Curiosamente, ainda segundo a Dra. Mara Dias Pires, a medição do conhecimento,

na maioria das instituições internacionais, se dá quando é uma pesquisa empreendedora que gera resultados. “Afim, com base nesses resultados, é possível chegarmos a uma patente. Infelizmente, no Brasil, as pesquisas estão restritas. Frequentemente nos limitamos à produção de artigos ou de teses. Raramente vemos uma pesquisa chegar a se tornar um produto no mercado, ou mesmo facilitar o acesso da população a um novo tratamento. Com a criação recente dos parques tecnológicos no Brasil, essa configuração tende a mudar. Nos próximos anos deverá crescer o estímulo e o investimento na formação de empresas de base tecnológicas, que apesar de hoje ainda estarem encubadas, deverão prosperar.”

## Profissionais têm perfil voltado para a excelência acadêmica

As três profissionais responsáveis pela Décima, além do cargo de consultoras científicas, também investiram em um nível de conhecimento especialmente voltado para a excelência acadêmica. Em destaque, uma breve síntese dos currículos:

**Dra. Daniele Brustolim** - Farmacêutica graduada pela Universidade Federal do Mato Grosso do Sul (UFMS), mestre pela Universidade Estadual de Feira de Santana em colaboração com o Centro de Pesquisa Gonçalo Moniz/Fiocruz (UEFS/FIOCRUZ), professora da UNIME (Lauro de Freitas/BA), doutoranda da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS/FIOCRUZ) e consultora científica da Décima Consultoria e Assessoria Científica.

**Dra. Mara Dias Pires** - Farmacêutica e Bioquímica, graduada pela Universidade Paulista (SP), com doutorado em Ciências pelo programa de Fisiologia Humana do Instituto de Ciências Biomédicas da Universidade de São Paulo (ICB/USP) em colaboração com o Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo (InCor/FMUSP). Atualmente é professora da UNIME no curso de Farmácia (Lauro de Freitas/BA) e da UNIFACS no curso de Enfermagem e consultora científica da Décima Consultoria e Assessoria Científica.

**Dra. Siane Campos de Souza** - Bióloga graduada pela Universidade Santa Úrsula (RJ), mestre em Fisiopatologia Clínica e Experimental pela Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ) e doutora em pós-graduação em Biotecnologia e Medicina Investigativa pela Fundação Oswaldo Cruz (CPqGM-FIOCRUZ). É atualmente professora da FTC no curso de Medicina e na Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública no curso de Biomedicina, e consultora científica da Décima Consultoria e Assessoria Científica.

# Articulando sujeitos, saberes e práticas



**Tatiane de Oliveira Silva Alencar** é farmacêutica, formada pela Universidade Estadual de Feira de Santana (2005), mestre em Saúde Coletiva (2008) pela mesma instituição. Professora do curso de Ciências Farmacêuticas da UEFS, pesquisadora do Núcleo de Pesquisa Integrada em Saúde Coletiva-NUPISC onde atualmente coordena a pesquisa intitulada Estudo de Utilização de Medicamentos na Atenção Básica de Feira de Santana. Coordenadora do Programa de Extensão intitulado “Promoção do Uso Racional de Medicamentos na Atenção Básica de Feira de Santana”. também integra o Programa de Promoção do Uso Adequado de Plantas Medicinais e Fitoterápicos pela população dos municípios do semi-árido baiano. É tutora do PET Saúde da Família UEFS, coordenadora do Núcleo de Excelência Acadêmica Aplicada à Atenção Básica e possui experiência nas áreas de Saúde Coletiva, Atenção Primária em Saúde, Assistência Farmacêutica, Farmácia Comunitária e Uso Racional de Medicamentos.

## CRF/BA – Qual o objetivo principal do livro “Assistência Farmacêutica no SUS: articulando sujeitos, saberes e práticas”?

O principal objetivo é revelar, por meio dos diferentes sujeitos, como está organizada e como ocorre o acesso à Assistência Farmacêutica em um município baiano. Contudo, a abordagem de acesso está fundamentada em dimensões que vão além da disponibilidade de medicamentos, envolvendo os aspectos geográfico, econômico, funcional e comunicacional.

## CRF/BA – Qual a importância dessa edição obra/publicação para os profissionais farmacêuticos?

O livro possibilita que os profissionais revejam e reflitam sobre as suas

práticas na Assistência Farmacêutica, trazendo o usuário para o centro das ações. Além disso, ao resgatar a construção da Assistência Farmacêutica no Brasil, nós utilizamos todos os dispositivos legais que a fundamentam até o momento, numa abordagem crítica e reflexiva. É, portanto, um material didático para o estudo da Assistência Farmacêutica na graduação e pós-graduação, e também capaz de instrumentalizar os farmacêuticos para o trabalho cotidiano no Sistema Único de Saúde e também no serviço privado.

## CRF/BA – Qual a importância dos farmacêuticos na Assistência Farmacêutica?

O farmacêutico é o profissional que reúne saberes técnicos e habilidades

capazes de educar, intervir, resolver e decidir, sozinho ou em equipe, sobre a saúde das pessoas. Dessa forma, ainda que desvairadamente alguns gestores municipais discordem dessa ideia, não é possível pensar em Assistência Farmacêutica de qualidade, envolvendo todas as dimensões destacadas anteriormente (geográfica, econômica, funcional, disponibilidade e comunicacional), sem o farmacêutico. Podemos até mesmo afirmar que, para o desenvolvimento adequado da Assistência Farmacêutica, precisamos do médico que prescreve, da enfermeira que assiste à maioria dos programas de saúde na atenção básica e que também, em grande parte dos municípios, se responsabiliza pelas planilhas de programação de medica-

mentos, dos demais profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família e também dos agentes comunitários de saúde que visitam rotineiramente os domicílios e conhecem tão a fundo as necessidades dos nossos usuários, inclusive medicamentosas. Contudo, selecionar, programar, adquirir, armazenar, distribuir e, principalmente, dispensar adequadamente, só é possível quando se tem o saber técnico e humanizado do farmacêutico. Neste sentido, é importante também dizer que não é somente nós farmacêuticos que devemos pensar assim. Para que os farmacêuticos sejam importantes à Assistência Farmacêutica, os gestores, os demais trabalhadores da saúde e, principalmente, os usuários precisam entender, acreditar e defender isso. Para tal, novas posturas precisam ser adotadas e novas práticas precisam ser construídas pelos farmacêuticos.

### **CRF/BA – Quando surgiu a ideia de construir o livro?**

Esse livro é proveniente da minha dissertação de mestrado, que, quando foi defendida, já era caracterizada como um trabalho inédito, visto que não tínhamos e, podemos dizer, não existe além desse livro uma produção sob esta vertente: pesquisa qualitativa sobre Assistência Farmacêutica no SUS. Então, entendíamos que, além dos quatro artigos resultantes da dissertação, uma oportunidade de divulgar, não só no cenário acadêmico, mas também no serviço seria desenvolvê-la no formato de livro. Para tanto, passado dois anos da conclusão da dissertação, era preciso atualizá-la diante da dinâmica política que permeou o campo da saúde. Esse trabalho de atualização foi realizado pelo professor Bruno Alencar, que também inseriu as suas impressões enquanto farmacêutico atuante na assistência farmacêutica em um município baiano que não o da pesquisa. Contudo, apesar de já ser um desejo nosso, essa produção foi estimulada pelo Edital da UEFS Edi-

**“A construção da Assistência Farmacêutica no Brasil tem sido uma constante superação de desafios, considerando as condições políticas”**

tora. Dessa forma, convidamos o farmacêutico e professor da Universidade Estadual de Maringá, Arnaldo Zubioli para realizar o prefácio. Enfim, concorremos e ganhamos o referido Edital. E, assim tivemos a avaliação muito positiva de dois pareceristas externos *ad hoc*. O livro é, portanto, um projeto e uma conquista nossa diante dos nossos olhares e compreensões sobre a Assistência Farmacêutica e também outro produto da pesquisa na saúde coletiva, estimulado continuamente e orientado pela professora Dra. Maria Angela.

### **CRF/BA – Quais são os desafios que os farmacêuticos enfrentarão para o desenvolvimento da Assistência Farmacêutica?**

A construção da Assistência Farmacêutica no Brasil tem sido uma constante superação de desafios. Considerando as condições políticas e sociais que dispomos, mas não excluindo outros tantos desafios que enfrentamos cotidianamente, entendemos que eles estão inseridos em três eixos básicos: a gestão, os vínculos de trabalho e a estrutura. Em relação à gestão, podemos dizer que tem se dado sem autonomia, pouco transparente e pouco participativa, centrada em uma única figura, no caso, o farmacêutico coordenador, e ainda sob influência determinante dos gestores municipais. Os vínculos de trabalho dos farmacêuticos, seguindo a lógica dos demais profissionais de

saúde, em muitos municípios, ainda são precários, baseados em contratos provisórios, que além de não garantirem a qualidade do perfil do profissional favorecem as descontinuidades dos processos de gestão. O pior é que, apesar disso ser uma evidência sobre o prejuízo aos serviços, as perspectivas de modificação desta realidade não são tão boas, contrariando o discurso político de eliminar os contratos provisórios.

Os aspectos estruturais, por sua vez, reproduzem o que os gestores entendem e em que lugar de importância colocam a Assistência Farmacêutica. Encontramos estruturas inapropriadas desde o espaço destinado à coordenação até as áreas denominadas de farmácia nas unidades de saúde. Espaços estes que não dão sequer visibilidade e significado às atividades ali realizadas. Para todos esses desafios, existem meios para resolução. Inicialmente destaco a necessidade de valorização do exercício profissional, tanto pelos gestores como pelos próprios farmacêuticos que precisam assumir apenas as funções e responsabilidades onde possam demonstrar com ações efetivas (trabalho vivo) que seu trabalho na saúde é primordial. Caso contrário, nossa profissão é desvalorizada e diminuída em importância pelos gestores, demais profissionais e usuários. Entre outras possibilidades, ainda dispomos dos instrumentos políticos, como o controle social, entendido como a forma mais original de participação no SUS, independentemente da forma de representação, conferências de saúde e em outros espaços democráticos onde se encontram atores-chaves que possam se aliar às nossas causas, apoiar e ajudar na implementação dos projetos e ações da Assistência Farmacêutica em prol do usuário de medicamentos. Por fim, acreditamos também que investir nos mecanismos de avaliação, controle e auditoria é um caminho para modificações positivas na Assistência Farmacêutica.

### **CRF/BA – Que orientações são prestadas pelos autores na abordagem da qualificação da Assistência Farmacêutica, considerando o âmbito da política implementada pelo SUS?**

A construção do livro também está fundamentada nos dispositivos políticos no campo da saúde e da Assistência Farmacêutica. Dispositivos estes capazes de orientar todo o processo de qualificação da organização e do acesso à Assistência Farmacêutica. Trazemos regulamentações sobre as políticas de saúde no Brasil, a construção do SUS, as políticas de medicamentos e de financiamento da Assistência Farmacêutica, como políticas de educação permanente, e experiências de outros municípios brasileiros. Contudo, sabemos que a qualificação não depende somente da existência desses dispositivos, mas também dos seus conhecimentos e de profissionais comprometidos e capacitados técnica e humanamente, com vínculos e remuneração dignos.

### **CRF/BA – Vocês falam dos saberes de vários autores. Como eles estão articulados no livro?**

A metodologia utilizada para trabalhar os dados da pesquisa foi a hermenêutica dialética, a qual possibilita um diálogo entre os sujeitos entrevistados, ideias e considerações advindas de trabalhos científicos de pesquisadores da área da saúde coletiva e da Assistência Farmacêutica. Articulamos assim, as nossas impressões com os saberes e práticas dos sujeitos entrevistados e com os instrumentos técnicos e legais disponíveis. Esse diálogo se dá em todo o texto, por meio das ideias convergentes, divergentes, complementares e diferentes fontes de dados utilizados.

### **CRF/BA – Qual a sua opinião sobre o acesso à Assistência Farmacêutica no Estado da Bahia?**

O acesso à Assistência Farmacêutica tem avançado politicamente. Dispositivos de aparatos legislativos nacionais que ampliaram principalmente o financiamento e capacidade de gestão. Na Bahia, especialmente, assistimos a modificações positivas que possibilitaram a inserção de novos farmacêuticos nas ações de assistência farmacêutica e aprimoraram a gestão e a autonomia. Contudo, essas mudanças não ocorrem de modo homogêneo, motivo pelo qual convivemos com cenários completamente diferentes até mesmo em grandes municípios do estado.

### **CRF/BA – Quais são os limites da Assistência Farmacêutica no estado?**

Entendemos que as ações da Assistência Farmacêutica estão limitadas pelos seguintes aspectos: vínculos de trabalho precarizados, pouca transparência na prestação de contas da Assistência Farmacêutica; pouca articulação com os conselhos de saúde e, principalmente, a falta de atitude proativa de muitos farmacêuticos que não desenvolvem qualquer esforço para modificar os cenários de insatisfação que encontram.

### **CRF/BA – O que você considera como avanço dessa prática?**

O principal avanço é o político. Se acompanharmos os movimentos do final da década de 80 até o momento atual, identificamos um movimento que favoreceu a reorientação da Assis-

tência Farmacêutica conforme previsto na Política Nacional de Medicamentos, em 1998, e na Política Nacional de Assistência Farmacêutica, em 2004. Além disso, ocorreram constantes atualizações da Relação Nacional de Medicamentos e a criação e atualização do Formulário Terapêutico Nacional. As atualizações das políticas de financiamento possibilitaram um melhor ordenamento da lógica de aquisição e distribuição dos medicamentos nas três esferas, promovendo também maior disponibilidade de medicamentos aos usuários em suas diferentes necessidades. Ou seja, avançamos nos aspectos que interferem, essencialmente, na disponibilidade de medicamentos. É preciso agora discutir novas práticas que possibilitem a efetividade dos serviços farmacêuticos fundamentados na dispensação e no cuidado farmacêutico.

### **CRF/BA – Na sua opinião, o que você considera como importante na construção da Política de Medicamentos no Brasil, que poderá resultar em um processo democrático de acesso para o usuário do estado e do país?**

Todas as diretrizes da política de medicamentos são importantes e ocorreram avanços em sua implementação. Entretanto, o uso racional de medicamentos, que é direito de todo cidadão, ainda é uma meta a ser alcançada pelos farmacêuticos, demais profissionais de saúde e pela sociedade. Para isso devemos trabalhar para que o paciente receba o medicamento apropriado à sua necessidade clínica, na dose e posologia corretas, por um período de tempo adequado e ao menor custo para si e para a comunidade, pois somos corresponsáveis pelo bem-estar de nossos pacientes. Por mais repetitivo que pareça ser este conceito, ainda estamos a passos lentos de torná-lo realidade, e essa é a forma mais democrática de acesso à política de medicamentos. ■



# FARMÁCIA EM DEBATE

## A promoção da saúde e o controle racional de medicamentos foram destaques na programação



*Participaram da abertura do evento, a Dra. Graça Oliveira, mestre em Ciências Farmacêuticas; a diretora da Faculdade de Farmácia da UFBA, Dra. Maria Spínola; a presidente da FENAFAR, Dra. Célia Chaves; o presidente do CRF/BA, Dr. Altamiro Santos; o conselheiro federal, Dr. Mário Martinelli Junior; a coordenadora da NUVIC/ANVISA, Dra. Maria Eugênia Cury; e o representante do Ministério da Saúde, Dr. Marco Aurélio Pereira*

O Conselho Regional de Farmácia/BA realizou, no dia 4 de junho, em Salvador, a quarta edição do seminário Farmácia em Debate. O evento reuniu especialistas da área farmacêutica, profissionais farmacêuticos, diretores do CRF/BA, conselheiros e estudantes de Farmácia. Dentre os assuntos abordados na programação, destacaram-se a promoção da saúde em farmácias comunitárias privada e o controle racional dos medicamentos. As condições atuais do mercado de trabalho e o acesso a medicamentos no programa Farmácia Popular do Brasil complementaram o quadro de

temas amplamente debatidos.

O presidente do CRF/BA, Dr. Altamiro Santos, presidiu a cerimônia de abertura e destacou, na sua declaração, a importância da RDC nº 20, voltada para a fiscalização dos antibióticos. “Essa medida fez com que os farmacêuticos passassem a procurar obter mais informações que irão, por sua vez, enriquecer a discussão sobre o controle racional de medicamentos.”

O Dr. Altamiro também falou sobre sua participação no evento que promoveu a reabertura da Bahiafarma, no mês de junho. “A solenidade realizada no Centro de

Convenções, contou com a participação dos integrantes da Comissão de Ciência e Tecnologia, onde foram firmados vários convênios. Com a reabertura da Bahiafarma, que ficou fechada há 13 anos, os profissionais farmacêuticos assumem em um momento muito bom, em todo o estado. Estamos passando por uma reposição significativa no mapa da produção de medicamentos no Brasil. E, além disso, amplia-se o número de vagas de estágios para estudantes de Farmácia. Como todos sabem, os estagiários costumam buscar maiores oportunidades em outros estados.”

## ***“Estamos fazendo vigilância em um ambiente onde as pessoas não usam o medicamento como nós imaginávamos. O medicamento é registrado para aquela utilização prescrita e tem a sua eficácia prédefinida”***

“A Farmácia na Promoção da Saúde” foi o tema apresentado pela Dra. Maria Eugênia Cury e pelo Dr. Rinaldo Ferreira, tendo como mediador o Dr. Ariel Rezende. Como chefe do Núcleo Pós-Uso e Pós-Comercialização da Anvisa - NUVIC, a Dra. Maria Eugênia Cury considerou a importância do papel que desempenha no âmbito da vigilância sanitária.

“Temos o dever de fazer a vigilância do que a população está usando. Trata-se de uma vigilância pós-uso. Nesse aspecto, a vigilância se torna um dos processos mais difíceis. Por mais que tomemos todos os cuidados, cautelas e normas para registrar o medicamento, as possibilidades de reação são ilimitadas. O problema é que o medicamento, quando passa a ser utilizado pela população, é utilizado de forma errada.”

A palestrante apresentou, como exemplo, os casos em que o medicamento é desenvolvido e registrado para ser utilizado a partir da previsão de que terá uma determinada eficácia, e, a partir disso, o farmacêutico tem que imaginar que esse medi-

camento vai ser utilizado para sanar aquela doença específica. Para a especialista, às vezes isso é fácil, mas às vezes não.

“Vejam a polêmica dos inibidores de apetite. A vigilância tem que saber qual a real utilização dos medicamentos. Às vezes, ela está bem definida, mas às vezes a utilização é determinada por uma necessidade criada pela sociedade. Nós sabemos que a nossa sociedade é extremamente consumidora de medicamentos. A prescrição para o uso de medicamentos cresce mais e mais, o que motiva o surgimento de problemas no comércio farmacêutico. Então, nós estamos fazendo vigilância em um ambiente onde

as pessoas não usam o medicamento como nós imaginávamos. O medicamento é registrado para aquela utilização prescrita, tem a sua eficácia prédefinida.”

A complexidade da regulamentação sanitária passa pela constatação de que, qualquer medida que a ANVISA tome, vai agradar de um lado e desagradar do outro. Fazer regulação sanitária não é fácil, na opinião da Dra. Maria Eugênia Cury. Segundo ela, os farmacêuticos têm que alcançar um nível elevado de debate no momento de estabelecer o processo de avaliação: “Precisamos definir qual é o papel que o estado precisa ter na regulação daquilo que deixa a população mais vulnerável. A ANVISA, baseada na avaliação de risco, deve agir para proteger quem está mais vulnerável. No caso, a população está mais vulnerável, por ser leiga. A RDC nº 20 e a RDC nº 44 estão aí para controlar o consumo indevido de medicamentos”. Nós precisamos, cada vez mais, ter um papel maior na atuação da farmácia e nós temos o poder de dizer sim ou não a venda de um medicamento, e, assim, poder ajudar de forma racional e humana a população.”



*Dr. Rinaldo Ferreira, Dr. Ariel Rezende coordenador da mesa e Dra. Maria Eugênia Cury*

**“A saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doenças.**

**E, de acordo com essa perspectiva, a farmácia é a casa que promove e restaura o bem-estar, através de produtos”**



*Dr. Rinaldo Ferreira,  
presidente da  
Farma & Farma*

“O paciente, quando entra na farmácia, percebe que aquele espaço é um estabelecimento de saúde? Se você pedir para uma pessoa citar três estabelecimentos de saúde, ela vai citar alguma farmácia? A maioria das pessoas não se refere à farmácia como um estabelecimento de saúde. Por que isso acontece? Será que faltam leis? Falta uma RDC? O que será que está faltando para caracterizar a farmácia como um estabelecimento de saúde? Será que a culpa é de quem está fora da farmácia ou de quem está dentro?” – Estas foram as questões introduzidas pelo Dr. Rinaldo Ferreira, presidente da Farma & Farma.

A identificação da farmácia como estabelecimento de saúde, sob o ponto de vista do Dr. Rinaldo Ferreira, só pode ser compreendida a partir da definição de saúde. Ele cita que, para a Organização Mundial de Saúde (OMS), a saúde é um estado de completo bem estar físico, mental e social, e não

apenas a ausência de doenças. E, de acordo com essa perspectiva, a farmácia é a casa que promove e restaura o bem-estar, através de produtos. “Quando a gente pensa em medicamento, a gente pensa em um paciente que espera ter um resultado positivo com o uso de determinada medicação,” acrescenta o palestrante. “Mas nem sempre é assim, porque o paciente faz uso irracional da medicação. Então, por mais que façamos a coisa certa, nem sempre o resultado é o esperado. Mas se nós fizermos a coisa errada, o resultado será pior ainda.”

A questão sobre o que é ter resultado positivo com uso do medicamento é respondida com

a ideia de que o medicamento resolve alguns problemas, cura doenças e o paciente passa a controlar a doença. Por outro lado, o resultado é negativo quando esses objetivos não são alcançados.

Dr. Rinaldo Ferreira continua instigando a plateia e lança outras perguntas: “Por que o farmacêutico tem que estar na farmácia? Qual é o papel do farmacêutico? É só pegar a caixinha de remédio entregar ao paciente e receber o dinheiro? Ou será que nós temos um papel mais importante dentro da farmácia? A presença do farmacêutico na farmácia só faz sentido se ele mudar a realidade e aumentar as chances de o paciente ter um resultado positivo. Se isso não ocorre, não faz sentido ter um farmacêutico na farmácia”.

São muitas as atividades que cabem aos farmacêuticos e vão muito além da venda de medicamentos. “Para deixar a farmácia com cara de estabelecimento de saúde, os farmacêuticos devem realizar atividades clínicas voltadas ao paciente, sendo que uma delas é a atenção farmacêutica”.

Cabe ao farmacêutico ajudar o paciente a ter resultados, o que inclui a aplicação de injeção, a revisão dos medicamentos, a educação à saúde (uso racional do medicamento, orientar com relação



*Docentes, farmacêuticos e estudantes prestigiando a atividade*

a alimentação, exercícios, enfim tudo que possa vir a ajudar o tratamento do paciente), o monitoramento do tratamento, o monitoramento de pressão arterial, de temperatura, de colesterol, de glicemia de indicação e medição de temperatura (indicando uma possível causa e informando que determinado medicamento pode estar mascarando uma doença). A orientação do paciente no que diz respeito ao uso oral de medicação, de inaladores respiratórios, bem como a explicação sobre como age o medicamento, são ações que se aliam à farmacovigilância.

O especialista acrescenta outras questões: “Esse paciente precisa de todos esses medicamentos? Não está deixando de tomar nenhum? Eles estão sendo efetivos? Eles estão sendo seguros? Ele está tomando todos os que necessita? É obrigação do farmacêutico informar e intervir? A função do farmacêutico é mudar a realidade”.

A apresentação foi encerrada com a perspectiva de que a educação em saúde pode ser feita em qualquer lugar, como em escolas, em igrejas e em shoppings, enfim em todos os lugares onde for possível alertar às pessoas para o uso racional de medicamentos. “A orientação tem que ser ativa, pois não podemos esperar que o paciente pergunte” - conclui o Dr. Rinaldo Ferreira. “Temos que avaliar a prescrição, informar sobre a forma de uso e avaliar o resultado, caso o paciente já faça uso da medicação”. “E isso sem falar no dever de encaminhá-lo ao médico sempre que for necessário. Se não convenceremos o paciente a seguir a orientação correta, ele irá procurar a farmácia vizinha.”

## Mesa-redonda aborda o Programa Farmácia Popular do Brasil

O Programa Farmácia Popular no Brasil foi o principal tema da palestra proferida pelo Dr. Marco Aurélio Pereira, coordenador nacional do programa, ele ressaltou que uma análise mais profunda vai além dos números e índices estatísticos. “Hoje, estamos diante do primeiro programa do governo federal, segundo a própria presidente Dilma Rouseff. Trata-

que a saúde é um direito de todos e o dever do estado é garanti-la, mediante políticas sociais e econômicas”.

Nesse contexto, durante a organização da constituição do SUS, a Assistência Farmacêutica é considerada parte integrante desse direito. A Lei nº 8080, Artigo nº 6º, diz: “Estão incluídas, no campo de atuação do SUS, a



Dr. Marco Aurélio, palestrante convidado

se do primeiro projeto apresentado pela presidente que se transforma em realidade, distribuindo gratuitamente medicamentos para hipertensos e diabéticos. O programa cresce a cada dia, inclusive desde que foi criado, já dobrou o número de hipertensos e diabéticos atendidos.”

Além de coordenador nacional do programa Farmácia Popular no Brasil, o Dr. Marco Aurélio Pereira também é coordenador geral do Departamento de Assistência Farmacêutica do Ministério da Saúde, e diretor da Federação Nacional dos Farmacêuticos. A partir da atuação que desenvolve, ao cumprir estas funções, ele destaca que o programa tem uma relação direta com o Direito Constitucional: “o Artigo nº 96 diz

assistência terapêutica integral, inclusive a assistência farmacêutica”. Assim, o palestrante parte do princípio de que o programa está historicamente fundamentado na política de Assistência Farmacêutica com seus eixos estratégicos.

“O artigo se refere à política de acesso ao farmacêutico, a qual está incluída na política nacional de saúde. Essa política tem que ser norteadora das demais políticas brasileiras de saúde, de tecnologia, de recursos humanos e de medicamentos. Quando nós pegamos os eixos estratégicos, começa uma série de desafios, e o último é a promoção do uso racional de medicamentos, que pode ser visto como um eixo estratégico, porque ele é transversal a isso tudo, como a manutenção

e qualificação de serviços, à formação e a capacitação e valorização dos recursos humanos, no âmbito do desenvolvimento de tecnologias. Todas estas ações estão vinculadas ao uso racional de medicamentos.

A Secretaria de Ciência e Tecnologia, a qual o programa está subordinado, foi criada em 2003. E, talvez, esse já tenha sido um ponto estrutural importante para a discussão sobre a Assistência Farmacêutica, na opinião do Dr. Marco Aurélio Pereira. Com o investimento na Assistência Farmacêutica Básica, em 1999, o Ministério da Saúde, que repassava R\$ 1,00 per capita, agora repassa R\$ 5,10 per capita, além de R\$ 1,86 no estado e no município, que dá R\$ 3,72.

O Ministério da Saúde tem a responsabilidade de garantir o acesso a medicamentos. Devido a esta incumbência, eleva recursos, amplia atendimento e ajuda no processo de gestão. O Ministério da Saúde estabeleceu um prêmio em dinheiro para destacar trabalhos

que enfocam experiências bem-sucedidas no serviço de saúde, sejam eles teses de doutorado, dissertações de teses e monografias em geral. Isso resolve o problema do uso racional de medicamentos no Brasil? Para o especialista, é lógico que não. No entanto, esta foi uma das formas que o Ministério da Saúde encontrou para manter esse assunto sempre à tona, estimulando aqueles que cursam desde a graduação até a tese de mestrado.

“Mantivemos atualizada a relação nacional de medicamentos essenciais, nos anos de 2006, 2008 e 2010. O desafio, a princípio, é fazer um protocolo, mas é também fazer com que os prescritores se sintam estimulados a participar do processo da racionalidade. O Ministério da Saúde não cai na conversa de que o problema não é dinheiro, mas trata-se de um problema de gestão. Assim, o Ministério desenvolveu um curso presencial de especialização para gestão da Assistência Farmacêutica.”

Os responsáveis pelo curso já formaram 13 turmas e abriram mais de 2.000 vagas para eventos de ensino a distância, direcionados para a gestão da Assistência Farmacêutica, em todo o Brasil. Em breve, mais de 2.500 farmacêuticos estarão preparados para lidar com a gestão.

Uma das principais provas de que a Farmácia Popular é o programa de maior reconhecimento do governo federal, na opinião do palestrante, está no fato de que o programa terminou o ano de 2010 passando por uma avaliação correspondente a um índice de aprovação de 73%, posicionando-se à frente da Escola Técnica Federal, do Bolsa Família, do PROUNI e do PRONASCI.

O Dr. Marco Aurélio Pereira destaca, entretanto, que medicamento é um assunto que atrai todas as classes, e que isso acontece com o Farmácia Popular, que atinge todas as classes, enquanto o PROUNI e o PRONASCI têm uma abrangência menor.

***“A farmácia popular passou a servir de referência para o custo estabelecido pelo mercado, à medida que os medicamentos são vendidos a preço de custo. Assim, a população se deu conta do real valor do medicamento”***

A Dra. Célia Chaves, presidente da Federação Nacional de Farmacêuticos, além de professora da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, diretora do Sindicato de Farmacêuticos do Rio Grande do Sul e membro do

Conselho Nacional de Saúde, ressaltou, na sua explanação, o fato de ter acompanhado todo o processo de criação do Farmácia Popular. “A proposta fez parte da campanha do governo Lula. E, assim que o presidente, então

eleito, tomou posse, demandou ao recém-criado Departamento de Assistência Farmacêutica que esse programa fosse instituído” – contou a especialista.

“No primeiro momento, não sabíamos como fazer. Existiam



A Dra. Célia Chaves

opiniões contrárias ao programa. Nós tínhamos vindo de uma conferência que discutia isso e o programa acabou sendo implantado no ano seguinte. Construímos o programa, a partir do incentivo do governo, que afirmava que a iniciativa iria aumentar os recursos para o SUS, o que, de fato, aconteceu. Então, ao mesmo tempo, ele foi implantado, sem haver redução dos recursos que são repassados ao SUS.”

A principal questão apresentada analisou se, com a implantação do programa, ao serem atendidas todas as exigências para o seu funcionamento, a proposta se assemelha ou se difere do setor público? E do privado? Na comparação dos dois setores, foi concluído que a entrega de medicamentos se dá de modo pior do que no sistema público. A palestrante respondeu:

“Ao menos no sistema público exige-se uma receita. E, no setor privado, se trata realmente de uma comercialização. A receita só é exigida nos casos de retenção com medicamentos diferenciados. Mas, no setor público, falta a presença do profissional fazendo a orientação que esse paciente necessita. E isso é importante, porque os estagiários da universidade me relatam situações em que eles passam na farmácia básica e se deparam com receitas completamente irracionais, onde estão prescritos vários medicamentos com os mesmos mecanismos de ação, para o mesmo paciente. Assim, se não tiver um profissional para ajudar aquele paciente, ele vai levar os medicamentos prescritos e não vai resolver o seu problema. Ou, ainda, poderá ficar com alguma descompensação, sem nem ao menos saber o porquê. Então, avaliando esses dois modelos, percebemos que a Farmácia Po-

pular tem melhores condições de atendimento que as demais.”

O interessante, segundo a palestrante, é que a Farmácia Popular passou a servir de referência de custo para o mercado, à medida que os medicamentos são vendidos a preço de custo. Com isso, a população se deu conta do valor do medicamento. Para ela, ficou claro que o custo maior não está só nos impostos, mas também está na propaganda do medicamento. E, no caso da rede privada, tem que ser mantido com esforço. No entanto, mesmo assim, ela avalia que o valor cobrado é muito maior.

“No primeiro momento, houve certa desconfiança com relação ao medicamento, mas trata-se de uma desconfiança desnecessária porque o medicamento que é vendido a R\$ 20,00, no mercado privado, é o mesmo que é vendido

**“É inquestionável que a Farmácia Popular facilitou o acesso a medicamentos...”**

a R\$ 2,00, na Farmácia Popular. O medicamento que está na Farmácia Popular não é fabricado especialmente para ela, mas é o mesmo medicamento que está no mercado, sendo que alguns são produzidos pela Fiocruz. Mas são os mesmos.”

Outra referência introduzida pela Farmácia Popular foi o de atendimento diferenciado, que coloca as pessoas sentadas, com mais conforto. “A clientela aprende a ter mais paciência para comprar o medicamento”- comenta Dra. Célia Chaves. “Por que as pessoas querem ser atendidas rápido? A Farmácia Popular adota um

outro conceito, uma nova forma, que se aproxima de um estabelecimento de saúde. Oferecendo um atendimento personalizado, com o profissional usando um jaleco branco, o paciente passa a perceber e valorizar o fato de que aquele é o farmacêutico.”

Por esses motivos, a Farmácia Popular se tornou modelo e referência em algumas questões, de acordo com a palestrante. A Dra. Célia Chaves dá prosseguimento ao levantamento de questões: “O programa é perfeito? Claro que não, nada é perfeito e tem o sistema computadorizado, que pode falhar, que pode dar problema. Existem pessoas desviando os recursos? Isso tem em todo lugar, como o próprio Marco Aurélio Pereira acabou de relatar.”

Quanto ao Farmácia Popular II, à medida que só entram farmácias que estão legalizadas, houve um aperfeiçoamento sob o enfoque dos palestrantes. O fato de que só se beneficiam as farmácias que estão regularizadas foi considerado positivo.

“É inquestionável que a Farmácia Popular facilitou o acesso a medicamentos, abrindo assim, a possibilidade de tentarmos resolver algumas patologias,” concluiu a Dra. Célia Chaves. “Ainda não temos o controle da efetividade de qualquer medicamento, porque não existe, em farmácia alguma, uma maneira de sabermos se o sujeito que compra um medicamento na farmácia o usou da forma correta, por exemplo. A não ser, naqueles poucos casos em que existe um acompanhamento do tratamento. Esperamos que a entrega de medicamentos passe a ser feita nos moldes da dispensação de medicamentos. Assim, teremos melhores condições de acompanharmos o paciente.”

## ***“Os proprietários de farmácias também podem ser vítimas de uma ação civil pública movida pelo MP (...)”***



*Palestrantes : Dr. Paulo Sampaio Figueiredo (MP/Ilhéus), Dr. Alan Brito (coordenador da mesa), Dr. Odílio Neto (VISA/Vitória da Conquista) e o Dr. Augusto Bastos (VISA/Salvador)*

A importância da atuação do Ministério Público como um dos pilares do controle da qualidade do serviço prestado pelas farmácias foi o tema da palestra proferida pelo Promotor de Justiça, Dr. Paulo Sampaio Figueiredo, durante a mesa-redonda intitulada “Farmácia e a Vigilância Sanitária”. Segundo o palestrante, ele só tomou conhecimento da dimensão da situação da vigilância sanitária nos Municípios, considerada como “complicada”, através do chamado do Dr. Altamiro Santos.

“Quando fomos procurados pelo presidente do CRF/BA, eu pude perceber o quanto a presença do MP é relevante e indispensável para a Vigilância” – comentou Dr. Paulo

Figueiredo. “Todos os indivíduos estão sujeitos a adquirir uma medicação falsificada ou fora do prazo de validade. No entanto, toda vez que acontece uma lesão, ou uma ameaça de lesão ao sujeito difuso, ou seja, a toda população, cabe ao MP utilizar-se do Inquérito Civil Público para incriminar os responsáveis”. O Inquérito Civil abrange várias etapas, a exemplo do levantamento de provas, da fiscalização de documentos, de requisições e de perícias, etc. A ação vai originar um relatório, o qual, por sua vez, será a base para a formalização de um Termo de Ajustamento de Conduta (TAC), que obriga o proprietário a regulamentar a sua situação.

Assim, além da questão repressiva, os proprietários de farmácias também podem ser vítimas de uma ação civil pública movida pelo MP com o objetivo de resultar na aplicação das devidas sanções. Na opinião do palestrante, o MP também atua no âmbito da prevenção: “O caminhar é longo e as dificuldades são muitas. Mas, apesar de todas as mazelas pelas quais passamos, somos servidores públicos com o compromisso de vencer os obstáculos. Aos que labutam no interior, aconselho que busquem uma maior proximidade com o promotor, um parceiro que poderá favorecer ações e resultados positivos”.

### ***“Além do controle do risco sanitário, é necessário que façamos o controle de toda a cadeia do medicamento”***

A Visa Municipal deve fazer o controle do comércio farmacêutico, desde a distribuição do medicamento até a farmácia, na opinião do Dr. Augusto Bastos, coordenador da Visa municipal de Salvador. De acordo com a sua explanação, com a municipalização, nós começamos a fazer um controle mais efetivo”. A farmácia é fiscalizada, ainda segundo o Dr. Augusto Bastos porque é um estabelecimento que apresenta riscos sanitários, inerentes ao comércio do medicamento. Este comércio, em si, tem efeito benéfico. Mas se não for usado de modo correto e racional, se não atender determinados critérios, não for registrado, não tiver qualidade e segurança, terá o efeito contrário.

“Daí a importância desse con-

trole de risco” - ressaltou. “É importante que a gente comunique a população que os medicamentos devem ser utilizados de forma correta, que a farmácia apresenta riscos. Quando entrar em uma farmácia, o cliente deve observar a data de validade do medicamento, exigindo a presença do farmacêutico, como o responsável pela atenção farmacêutica. Enfim, é de extrema relevância que, quando nós interditar um estabelecimento, ou façamos alguma ação de controle, estejamos com a população do nosso lado. A população deve ter a noção desse direito. Deve dar valor à sua própria atuação, assumindo a função de ser mais um elo da corrente, uma vez que a fiscalização, sozinha, não vai pra frente.”

### ***“Claro que existem os problemas naturais de qualquer órgão público, mas todos são solucionáveis”***

A declaração que nunca houve influência ou gestão de natureza política nas ações encaminhadas para a abertura ou o fechamento das farmácias foi o destaque do pronunciamento do Dr. Odílio Neto, representante da VISA/Conquista. Segundo ele, o gestor responsável pela implantação do serviço demonstrou ter compromisso com as atividades de vigilância. “Claro que existem os problemas naturais de qualquer órgão público, mas todos são solucionáveis. Se, em algum momento, recebemos a solicitação de políticos, afirmando que tal estabelecimento iria empregar 10, nós questionamos que não adianta empregar 10 se, ainda assim, poderá matar 1.000”.

# Correlação da glicemia e da hemoglobina glicada em pacientes do sertão baiano para diagnóstico e /ou acompanhamento do diabetes mellitus

*Correlation between glycemia and glycated hemoglobin in patients from the hinterland of Bahia to the diabetes mellitus diagnosis and/or follow-up*

LUÍSE OLIVEIRA ANDRADE<sup>1</sup>  
DANIELE BRUSTOLIM<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Farmacêutica-bioquímica do CLAC e responsável pela Atenção Básica do município (Queimadas), CRF 6295.

<sup>2</sup>Farmacêutica-bioquímica, mestre em Biotecnologia e assessora Científica da Décima Consultoria & Assessoria Científica, CRF 3623.

**Resumo:** O diabetes é classificado como um grupo de distúrbios metabólicos com hiperglicemia persistente. A prevalência está em crescente aumento no mundo, e na Bahia estima-se existir 4,7% de diabéticos. O diagnóstico laboratorial acontece com a dosagem da glicemia em jejum e da hemoglobina glicada (A1C) classificada atualmente como “padrão ouro” para o diabetes. O objetivo da pesquisa foi avaliar a importância da A1C em pacientes do sertão da Bahia, na cidade de Queimadas, comparando essas dosagens com os níveis de glicemia em jejum dos mesmos pacientes realizados simultaneamente. Foram selecionados 189 pacientes do banco de dados do laboratório CLAC, com faixa etária predominante acima dos 36 anos, sendo a maioria mulheres. Os resultados mostraram que 80% são diabéticos e não houve correlação positiva entre glicemia em jejum e A1C em 78% dos casos. A A1C oferece um padrão mais confiável, porque na ausência de uma glicemia em jejum alterada a A1C reflete os índices glicêmicos anteriores e não está diretamente correlacionada a variantes pré-analíticas.

**Palavras-chave:** Hemoglobina glicada

(A1C). Glicemia em jejum. *Diabetes mellitus* (DM). Queimadas – BA. Sertão baiano.

**Abstract:** Diabetes is classified as a group of metabolic disorders characterized by persistent hyperglycemia. Its prevalence is continuous growth in the world, and in Bahia it's estimated to exist 4.7% of diabetics. The laboratory diagnosis is performed by dosing the fasting glycemia and the glycated hemoglobin (A1C) presently classified as the diabetes “gold standard” test. The aim of the research was to evaluate the importance of A1C in patients from the hinterland of Bahia, in the city of Queimadas, comparing these dosages with their simultaneous fasting glycemia levels. A hundred and eighty nine patients from the CLAC Laboratory database, with a prevailing age group above 36 years old, mostly women, were selected. The results showed that 80% of the subjects were diabetics and there was no positive correlation between fasting glycemia and A1C in 78% of the cases. A1C offers a more reliable standard, because in the absence of an altered fasting glycemia, it reflects previous glycemic indices and it's not directly related to the preanalytical variants.

**Key-words:** Glycated hemoglobin (A1C). Fasting glycemia. *Diabetes mellitus* (DM). Queimadas – BA. Hinterland of Bahia.

## Introdução

No *diabetes mellitus* (DM) não pode ser classificado como uma única doença, mas sim como um grupo heterogêneo de distúrbios metabólicos crescentes e contínuos que apresentam em comum a elevação dos níveis glicêmicos no organismo <sup>(19,23,33,46)</sup>. O DM tipo 2 é uma patologia variável comumente associada com outras enfermidades como obesidade, hipertensão arterial sistêmica, dislipidemia, depressão e resistência insulínica <sup>(28,29,36)</sup>. Sua classificação atual, de acordo com o subtipo 1 ou 2, está baseada na etiologia da doença, nas entidades clínicas desenvolvidas e nos principais fatores de risco que estão associados a elas <sup>(28,31)</sup>. De forma simplificada podemos definir os subtipos do DM da seguinte maneira:

- Tipo 1 = Ocasionalizado pela destruição das células  $\beta$  do pâncreas, resultando na deficiência absoluta de insulina, sendo autoimune ou idiopática;
- Tipo 2 = De desordem variável, desde considerável resistência a insulina com deficiência relativa do hormônio,

a um predominante defeito secretório de insulina com ou sem resistência à mesma <sup>(16,28)</sup>.

A prevalência do DM está em crescente aumento na população mundial <sup>(10,29,34,37)</sup>. O DM tipo 2 é considerado atualmente uma pandemia, já que projeções indicam que nas Américas em 2025 teremos por volta de 64 milhões de pessoas diabéticas <sup>(35,38)</sup>. Dessa forma, é possível prever que um número maior de pessoas desenvolverá, com o passar dos anos e o envelhecimento da população, as complicações diabéticas crônicas como os problemas neurovasculares, principalmente a doença cardiovascular <sup>(11,45)</sup>. A maioria dos indivíduos diabéticos sofrerá com as complicações agudas a longo prazo durante toda a sua vida <sup>(15,42)</sup>.

Um estudo realizado no Brasil pela Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica revelou que 11% dos brasileiros são diabéticos, superando os 7,6% de 1988 <sup>(13)</sup>. Outro estudo estima que aproximadamente cinco milhões de brasileiros sejam diabéticos, sendo que mais da metade deles desconhece o diagnóstico <sup>(10,34)</sup>.

Na Bahia, de acordo com os dados levantados pelo Centro de Diabetes e Endocrinologia da Bahia (CEDEBA), estima-se a existência de cerca de 440 mil portadores de diabetes, uma prevalência de 4,7% na população baiana <sup>(6)</sup>. De acordo com a Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB) as doenças metabólicas, endócrinas e nutricionais contribuíram com 6,4% do total de óbitos do Estado, representando um aumento de 26,4% em relação a 1996 <sup>(3)</sup>. Este grupo metabólico é o sexto em causa mais frequente de mortes na Bahia, sendo as principais o DM tipo 2 e a desnutrição, com, respectivamente, 71,5% e 15% dos óbitos registrados <sup>(3)</sup>.

### Sertão baiano – Queimadas

De acordo com a estimativa do senso demográfico de 2009 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) a cidade de Queimadas, região nordeste da Bahia, possui uma população residente de 28.729 habitantes <sup>(17)</sup>. A pequena cidade do interior da Bahia,

distante 300 km da capital Salvador, faz parte da região sisaleira, é banhada pelo rio Itapicuru, possui índice de pobreza de 42,31% e tem como principal fonte de renda da população o serviço público <sup>(17)</sup>. De acordo com os dados do IBGE existe na cidade 13 estabelecimentos de saúde, sendo 12 deles conveniados ao Sistema Único de Saúde (SUS) e somente um particular, mas não há informações registradas sobre DM, sua prevalência e os óbitos relacionados com essa região específica <sup>(17)</sup>.

### Hemoglobina Glicada X Glicemia

O DM tipo 2 é um grave problema de saúde pública mundial, porque consegue combinar uma elevada prevalência com consequências e complicações crônicas extensas e muitas vezes irreversíveis <sup>(42)</sup>. No decorrer dos anos as altas taxas persistentes de glicose produzem três importantes mecanismos tóxicos: o considerável aumento dos níveis de sorbitol intracelular, a promoção da glicação de proteínas (principalmente a hemoglobina e a albumina) e a hiperosmolaridade do plasma <sup>(11,14)</sup>.

O diagnóstico clínico comum para o desenvolvimento do DM tipo 2 é baseado numa série de sinais e sintomas desenvolvidos pelo paciente, que pode chegar ao comprometimento com lesões em algum órgão alvo <sup>(22)</sup>. As consequências em longo prazo incluem danos, disfunção e até falência de órgãos, especialmente olhos, rins, nervos, coração e vasos sanguíneos <sup>(4)</sup>. Todavia, a confirmação diagnóstica só acontece através de exames laboratoriais de sangue e/ou urina que obedecem a critérios preconizados pela Organização Mundial de Saúde (OMS), Sociedade Americana de Diabetes (ADA) e Sociedade Brasileira de Diabetes (SDB) <sup>(14,37)</sup>:

- O teste de glicemia em jejum demonstra o nível glicêmico no momento da coleta e o saldo atual de glicose plasmática do paciente;
- O teste da hemoglobina glicada (A1C) fornece a glicemia média pregressa dos últimos dois a quatro meses no sangue total.

Hemoglobina glicada é um termo genérico que faz referência às reações ocorridas entre a hemoglobina (Hb)

normal de um adulto e alguns carboidratos do organismo <sup>(4,5,14,42)</sup>. Por tradição, considera-se a A1C como a representante principal das hemoglobinas por ter a maior porção dentro dos eritrócitos. A porção A da Hb (HbA) é o componente principal e nativo da Hb humana, cujo terminal valina da cadeia  $\beta$  está diretamente ligado a glicose, de maneira estável, irreversível e natural <sup>(40)</sup>. A glicação da Hb ocorre ao longo da vida dos eritrócitos com um ciclo aproximado de 120 dias, sendo que dentro desse período a maior influência é exercida pelas taxas de glicemia recente do paciente <sup>(37)</sup>. O nível de A1C é o resultado de todas as hemácias, desde as mais velhas (com 120 dias), as mais recentes produzidas pela medula óssea <sup>(11,42)</sup>. Durante esse período de tempo a glicose vai se incorporando à Hb de acordo com a concentração desta no organismo <sup>(11,14,37)</sup>.

A reação não enzimática entre a glicose e a hemácia (glicação), ocorre em duas etapas: a primeira é rápida e depende da quantidade de glicose no sangue, produzindo a base de Schiff; na segunda etapa essa base sofre um rearranjo e se transforma na A1C que é uma cetoamina estável, não mais dissociável <sup>(19,42)</sup>. Nesse caso, se as taxas de glicose permanecem elevadas, em certo período de tempo, haverá altas concentrações desse carboidrato incorporado à Hb. Dessa forma, a quantidade de glicose ligada à Hb é diretamente proporcional à concentração média de glicose no sangue <sup>(14,18)</sup>.

A A1C passou a ser bem aceita e empregada na prática clínica a partir de 1993, depois da validação de dois grandes estudos mundiais, o *Diabetes Control and Complications Trial* (DCCT, 1993), que avaliou os portadores do DM tipo 1 e o *United Kingdom Prospective Diabetes Study* (UKPDS, 1998) que estudou os portadores do DM tipo 2. Ambos os estudos avaliaram o impacto do controle glicêmico sobre as complicações crônicas do DM e o bom controle de lesões macro e microvasculares com a manutenção dos níveis de A1C próximos aos valores normais <sup>(10,32,41)</sup>.

As metodologias disponíveis para a

dosagem da A1C apresentam altos níveis de exatidão e reprodutibilidade, porque conseguem diminuir consideravelmente os erros pré-analíticos ocasionados com a glicemia plasmática, já que idade, sexo, origem étnica, variação sazonal, transcurso de doenças agudas ou ausência de jejum não afetam diretamente os resultados da A1C e esses podem ser utilizados tanto para pacientes com DM tipo 1 como do tipo 2<sup>(5,40,42)</sup>. No entanto processos hemolíticos diversos, anemias carenciais, hemorragias e as variantes genéticas da Hb normal (S ou C), podem produzir interferências representativas na medida da A1C, resultando em valores falsamente elevados ou diminuídos, de acordo com a metodologia utilizada<sup>(39)</sup> e assim, a capacidade da A1C em refletir a média ponderada retrospectiva dos níveis progressos de glicose será sensivelmente alterada<sup>(14,42)</sup>.

Outro aspecto importante e que deve ser considerado, comparado e analisado é a diferença de custo entre os testes de glicemia em jejum e A1C. Em termos de economia a saúde, a A1C é praticamente inviável como teste de rastreio na realidade do SUS<sup>(14)</sup>, mas é muito importante ressaltar que o custo para determinar a A1C vem diminuindo com a prescrição médica crescente desse exame para a avaliação e o controle do DM tipo 2<sup>(39)</sup>.

A ADA classifica A1C como o “padrão ouro” para o diagnóstico do DM e os possíveis pacientes com risco de desenvolver essa doença<sup>(1,8,43)</sup>. As recomendações da última diretriz indicam que pacientes com A1C a partir de 6,5% podem ser diagnosticados como portadores do diabetes sem a necessidade de algum outro teste diferente para a confirmação. Já os pacientes com A1C entre 5,7% e 6,4% podem ser considerados como estando em risco para o desenvolvimento futuro do DM tipo 2 (pré-diabéticos)<sup>(1,8,43)</sup>.

Alguns estudos clínicos indicam que a manutenção dos valores de A1C próximos ao normal é acompanhada de redução significativa do surgimento e/ou progressão das complicações micro e macrovasculares nos pacientes portadores dessa síndrome e isso evidencia a necessidade da realização frequente desse teste<sup>(25,28)</sup>. Para cada 1% de redução

nos níveis da A1C, há queda de risco de até 21% para qualquer desfecho negativo relacionado ao diabetes<sup>(26)</sup>. A A1C se tornou um método extremamente útil para avaliar o controle glicêmico, já que é considerado um marcador qualificável para o acompanhamento do paciente diabético<sup>(7)</sup>.

Os modelos teóricos apresentados por grandes associações que estudam e debatem sobre o DM tipo 2 e os estudos clínicos sugerem que um paciente em controle estável apresentará 50% de sua A1C formada no mês precedente/ atual ao exame, 25% no mês anterior a este e os outros 25% remanescentes no terceiro ou quarto meses anteriores<sup>(40)</sup>. O impacto de qualquer variação significativa em sentido descendente ou ascendente na glicemia média será “diluído” dentro do terceiro ou quarto mês<sup>(37)</sup>.

O objetivo da pesquisa foi avaliar a importância do parâmetro laboratorial da A1C em pacientes do sertão da Bahia, na cidade de Queimadas, comparando essas dosagens com os níveis de glicemia em jejum desses mesmos pacientes que foram realizados simultaneamente. Esse estudo e a pesquisa tornaram-se relevantes porque o aumento da prevalência e incidência das doenças crônicas não transmissíveis, como o diabetes, é preocupante do ponto de vista da saúde pública, em função da alta mortalidade e dos altos custos sociais e/ou econômicos envolvidos na detecção, na recuperação, no tratamento apropriado e na manutenção do paciente diabético<sup>(29)</sup>. Além de que, como patologia variável de crescimento pandêmico, o diabetes deve ter uma ênfase representativa, significativa e crescente por parte dos profissionais de saúde<sup>(28)</sup>.

## Material e Métodos

A população estudada compreendeu todo e qualquer paciente acima dos 18 anos que realizou os dois parâmetros bioquímicos (glicemia em jejum e A1C) no mesmo dia, entre 1º de janeiro de 2005 e 31 de dezembro de 2009, no Centro Laboratorial de Análises Clínicas (CLAC) na cidade de Queimadas – BA pelo SUS, convênios ou particular. A coleta dos dados começou em abril de

2010, após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Tecnologia e Ciências (FTC) de acordo com a Resolução nº 196/1996 da Agência Nacional de Saúde (ANS) sob parecer nº 01.772-2010.

Foram analisados retrospectivamente todos os laudos armazenados de 2005 a 2009 no programa de computador *LaboK*®. Os fatores de exclusão foram: menores de 18 anos; pacientes com dados repetidos ao longo dos cinco anos, utilizando-se na pesquisa os resultados mais recentes realizados pelos mesmos; pacientes que não residiam em Queimadas – BA e que não fizeram a dosagem dos dois parâmetros simultaneamente (glicemia em jejum e A1C).

Registrou-se ainda as seguintes variáveis: idade, sexo, ano em que foram realizados os dois exames e os respectivos resultados. A identidade dos pacientes foi totalmente preservada, já que todas as informações foram examinadas a partir de códigos gerados durante o cadastramento desses pacientes no *LaboK*®.

Os dados armazenados serviram de base para a construção de gráficos e tabelas estatísticas, onde foram analisados individualmente e em conjunto os valores da glicemia em jejum e da A1C, estabelecendo uma análise descritiva e comparativa.

As taxas de A1C foram dosadas por Cromatografia Líquida de Alta Eficiência (HPLC ou CLAE), baseada em diferenças na carga iônica, e a glicemia plasmática pelo método colorimétrico-enzimático. A dosagem por HPLC constitui a metodologia americana de ponta padronizada pela *National Glycohemoglobin Standardization Program* (NGSP), porque permite identificar a presença de hemoglobinas anômalas e fazer uma análise mais criteriosa do resultado obtido<sup>(42)</sup>. Vale ressaltar que não houve mudanças nas metodologias de dosagens dos dois parâmetros bioquímicos ao longo desses cinco anos em que as informações foram armazenadas no CLAC.

## Resultados

Foram selecionados 189 pacientes entre os anos de 2005 a 2009 que fizeram ao mesmo tempo no CLAC os exames de glicemia em jejum e A1C.

Desse total, 61,4% (116 pacientes) são do sexo feminino e 38,6% (73 pacientes) são do sexo masculino (tabela 1).

GÊNERO	Nº DE PACIENTES	%
Feminino	116	61,4
Masculino	73	38,6
TOTAL	189	100

Fonte: CLAC

Na análise da faixa etária, 21% (39 pacientes) possuem entre 18 a 35 anos; 45% (85 pacientes) estão entre 36 a 60 anos e 34% (65 pacientes) são  $\geq$  61 anos (gráfico 1).

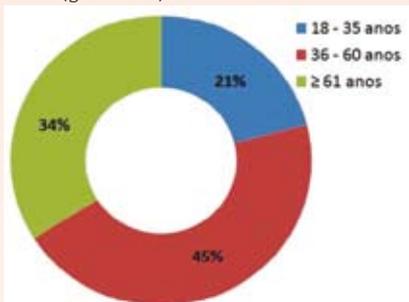


Gráfico 1 - Distribuição dos pacientes de acordo com a faixa etária

Na análise do gráfico 2 consideramos apenas a A1C acima de 6,5% como diagnóstico confirmativo de diabetes, de acordo com os novos parâmetros da ADA, independente do valor apresentado pela glicemia em jejum <sup>(1,8,43)</sup>. Um indivíduo não diabético possui cerca de 4 a 6% de HbA glicada, enquanto em um paciente diabético sem controle, este índice pode atingir valores até duas ou três vezes maiores <sup>(42)</sup>.

Com base nisso, 80% (151 pacientes) são considerados diabéticos; 16% (30 pacientes) são pré-diabéticos e 4% (8 pacientes) estão com a A1C dentro dos padrões normais.

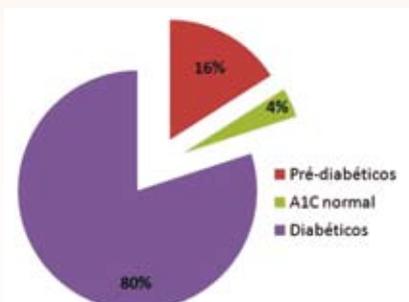


Gráfico 2 - Classificação dos pacientes entre diabéticos, pré-diabéticos e A1C normal <sup>(43)</sup>

Examinando isoladamente a glicemia em jejum (gráfico 3), foi considerado com glicemia em jejum alterada o paciente com níveis maiores ou iguais a 126 mg/dL de glicose no sangue após um jejum aproximado de 8 a 10 horas <sup>(19,45)</sup>. Dessa forma, 59% (112 pacientes) possuem glicemia  $\geq$  126 mg/dL e 41% (77 pacientes) apresentam a glicemia  $<$  126 mg/dL.

De acordo com as medidas da A1C e da glicemia em jejum apresentadas pelo paciente, é possível correlacionar esses dois valores bioquímicos de acordo com a tabela de padronização do DCCT <sup>(7,20,41)</sup>, criada por Rohlfing e colaboradores (2002), baseada nas dosagens diárias da glicemia e nas dosagens mensais da A1C, durante os quatro meses de pesquisa nos 1.400 pacientes participantes do estudo, com a existência de correlação positiva acima de 90% entre a A1C e a glicemia <sup>(20)</sup>.

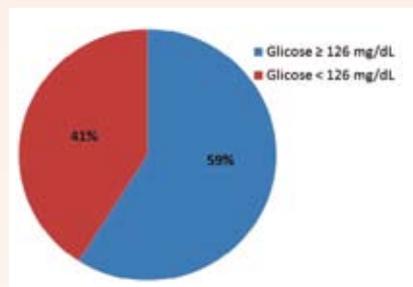


Gráfico 3 - Classificação dos pacientes de acordo com a glicemia em jejum

No gráfico 4 correlacionamos às duas medidas dos 189 pacientes do CLAC, de acordo com a tabela do DCCT, e encontramos 22% (41 pacientes) com correlação positiva entre a A1C e a glicemia em jejum no mesmo dia e 78% (148 pacientes) que não apresentaram essa correlação entre os dois parâmetros analisados.

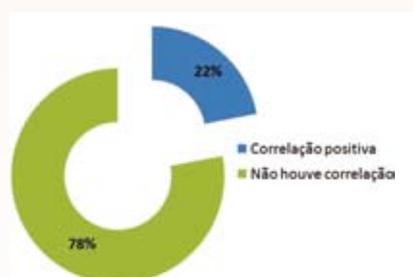


Gráfico 4 - Correlação entre os resultados da A1C e da glicemia em jejum nos pacientes do CLAC

## Discussão

Nesse estudo verificou-se um maior percentual de mulheres em relação aos homens no número total de pacientes que foram atendidos no CLAC nos últimos cinco anos referentes à glicemia em jejum e a A1C simultâneas. Alguns outros estudos brasileiros já apontaram essa diferença entre os sexos, atribuindo isso a uma maior prevalência de DM tipo 2 entre as mulheres <sup>(3,27,30,34)</sup> e a maior frequência e acesso das mesmas aos serviços de saúde, incluindo os laboratórios de análises clínicas <sup>(12,29,31,36)</sup>.

Verificou-se ainda um predomínio de pacientes a partir dos 36 anos, o que está de acordo com o estudo de Malerbi & Franco que mostrou uma alta incidência de DM tipo 2 na faixa etária de 30 a 69 anos <sup>(21,35)</sup> e o estudo de Takayanagui & Guimarães que demonstrou que o DM tipo 2 está presente em indivíduos a partir da quarta década de vida <sup>(45)</sup>. Esses dois estudos corroboram com os dados levantados sobre o Estado da Bahia, que possui também uma maior incidência feminina, a partir dos 40 anos, sendo que boa parte possui como agravante o sobrepeso /obesidade e esse fator de risco foi encontrado nas mulheres de menor nível socioeconômico <sup>(3)</sup>. É sabido que nos países mais desenvolvidos há uma tendência no aumento da frequência de pacientes diabéticos cada vez mais jovens, o que amplia o impacto negativo sobre a vida dessas pessoas e a sobrecarga elevada nos sistemas de saúde <sup>(35)</sup>.

Devemos salientar que existe uma relação linear entre o aparecimento de complicações crônicas e a idade do paciente diabético, correlacionando que o risco é bem mais avassalador no paciente com idade mais avançada, por isso a importância da detecção precoce da doença e a necessidade evidente de possíveis programas de educação para os pacientes já diagnosticados <sup>(15,24,30,31)</sup>, afinal estudos recentes já demonstraram que um paciente com DM tipo 2 descontrolado diminui entre 8 e 12 anos a sua expectativa de vida <sup>(2)</sup>.

Em relação a A1C, predominaram os pacientes com níveis  $\geq$  6,5% que já são considerados como diabéticos <sup>(1,8,43)</sup>. Isso evidencia que muitos pacientes não

fazem adequadamente o controle glicêmico, não obedecendo às orientações médicas em relação ao uso dos medicamentos, a dieta restritiva e a prática regular de atividades físicas, alterando com frequência e prejudicialmente os valores da A1C ao longo de 3 a 4 meses<sup>(29,35)</sup> ou que muitos ainda não possuem o diagnóstico preciso da doença<sup>(21,35,36,38,39)</sup>. Esses valores estão de acordo com estudos recentes que apontaram um mau controle do DM tipo 2 em cerca de 70% dos pacientes pesquisados<sup>(24,34)</sup>. O estudo UKPDS constatou que após o diagnóstico médico do DM tipo 2, há uma piora significativa e progressiva do controle glicêmico, independente do paciente fazer uso ou não dos medicamentos antidiabéticos<sup>(31)</sup>.

A Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) e a Fundação Oswaldo Cruz da Bahia (FIOCRUZ) revelaram que 76% dos pacientes afetados pelo DM tipo 2 não controlam as taxas glicêmicas, devido à alimentação desregulada e a problemas psicológicos como depressão e obesidade<sup>(2)</sup>. Esse descontrole glicêmico eleva a probabilidade do diabético desenvolver complicações micro e macrovasculares, além da associação com um maior risco para o desenvolvimento do infarto agudo do miocárdio<sup>(9,11,15,34,36)</sup>. O estudo "Advance" concluiu que um nível de 6,5% para a A1C diminuiu em 30% o número de complicações renais no paciente diabético<sup>(9)</sup>.

Por essa razão, a A1C é o exame laboratorial mais informativo que está disponível para prever as complicações crônicas diabéticas e o acompanhamento adequado da doença<sup>(4)</sup>. Um levantamento mostrou que com tratamento adequado e educação a respeito do DM tipo 2, o número de fatores de risco diminuiu, a qualidade de vida aumentou e a A1C reduziu de 11% para 8%, mostrando o sucesso da iniciativa<sup>(15)</sup>. Sendo assim, fica evidente a importância do exame da A1C para determinar o diagnóstico, avaliar o controle, a evolução, bem como a monitoração e o tratamento na busca ou na melhoria da qualidade de vida do paciente.

Conforme observado, os resultados obtidos do CLAC mostram que a maioria dos pacientes possui descontrole

também na glicemia em jejum, o que já foi evidenciado por outros estudos<sup>(36)</sup> e pela piora gradual desses níveis ao longo da evolução da patologia<sup>(31)</sup>. Isso é muito importante, porque sabe-se que um bom controle glicêmico melhora a qualidade de vida dos diabéticos<sup>(29)</sup> e reduz as alterações degenerativas oriundas dessa doença crônica<sup>(22)</sup>. Apenas a análise laboratorial da glicemia não reflete, fidedignamente, os níveis glicêmicos do organismo, já que um simples jejum anterior ao exame modifica os valores absolutos da glicemia, mas não consegue "driblar" o valor real da A1C, que possui a capacidade de refletir a glicemia média dos meses anteriores ao exame, sendo um parâmetro mais completo para o diagnóstico e o controle glicêmico realizado ou não pelo paciente diabético<sup>(15)</sup>. Dessa forma, a A1C não sofre com as interferências pontuais de quando e quanto foram os níveis de hipoglicemia ou hiperglicemia existentes no organismo do paciente<sup>(4,11)</sup>.

Os estudos que mostram correlação positiva entre A1C e glicemia em jejum, não levaram em consideração que as dosagens bioquímicas não foram levantadas ao mesmo tempo. O paciente analisado pelo CLAC estava em um laboratório de rotina e não fazendo parte de uma pesquisa clínica com rígidos padrões estabelecidos com o objetivo de se traçar o perfil glicêmico. Diante disso, um estudo realizado no Sul do Brasil, corrobora com os resultados encontrados no CLAC, mostrando que não há correlação entre A1C e glicemia em jejum no mesmo dia, porque a A1C reflete as médias glicêmicas de 6 a 8 semanas anteriores e não a glicemia de determinado momento<sup>(5)</sup>. Os resultados ainda mostram que os pacientes se preocupam muito com a medida da glicemia após um jejum momentâneo, não sabendo que a A1C é capaz de detectar possíveis deslizamentos cometidos por eles, evidenciando a falta de um controle efetivo e seguro do DM tipo 2.

Os resultados de diversos estudos indicam a necessidade do paciente diabético manter os níveis de A1C abaixo de 7%<sup>(43)</sup>, com dosagens realizadas pelo menos duas vezes ao ano. O valor de 7% não é considerado como refe-

rência para a A1C, mas sim como um parâmetro positivo para o não aparecimento de complicações da doença<sup>(14)</sup>. Lembrando que o valor ideal para o paciente diabético é conseguir uma A1C de 6,5%.

## Conclusão

A educação sobre o diabetes deve ressaltar informações sobre a etiologia e a prevalência da doença, os fatores de risco associados, as maneiras de prevenção, os tipos de tratamentos disponíveis e o autocuidado necessário que o paciente precisa desenvolver<sup>(15)</sup>. Um estudo já demonstrou que o tratamento associado à educação diminuiu os fatores de risco cardíaco e melhorou os índices da A1C<sup>(15)</sup>.

É evidente que o controle glicêmico não depende somente do paciente, mas também da qualidade dos serviços de saúde ofertados, da disponibilidade de medicação antidiabética na rede pública e do contexto social em que o cuidado vai se estabelecer<sup>(24,34)</sup>. O maior objetivo do controle glicêmico é diminuir e até evitar as alterações degenerativas oriundas dessa doença<sup>(7,22)</sup>, como: retinopatia, nefropatia, neuropatia, proteinúria, hipertensão arterial sistêmica, amputações, doença vascular periférica, hipercolesterolemia e disfunção erétil<sup>(9,13,15,21)</sup>. O controle glicêmico ideal requer a combinação de exames periódicos da A1C associados com a glicemia em jejum, para diagnosticar, documentar e/ou avaliar constantemente a evolução e as necessidades contínuas do paciente diabético<sup>(8,15)</sup>.

Esse tipo de estudo é muito relevante porque envolve uma região pouco estudada e serve como base para a adoção de políticas públicas de saúde mais adequadas, eficientes e efetivas à população de Queimadas, servindo até como parâmetro para outros estudos no país.

## Agradecimentos

Ao Farmacêutico-Bioquímico André Luiz Andrade, responsável pelo CLAC, pela autorização e dedicação na realização desse estudo e a Professora Daniele Brustolim por ter apostado na ideia e sempre trazer novas sugestões na construção do trabalho.

## Referências

1. A1C como Diagnóstico em Diabetes: Comitê internacional de especialistas recomenda nova forma para diagnosticar o diabetes. *Diabetes Clínica*, v. 13, n. 4, p. 244, jul./ago. 2009.
2. ARANDA, Fernanda. Diabetes descontrolado. *Ig Delas*. São Paulo, 10 fev. 2010. Disponível em: <<http://delas.ig.com.br/saudedamulher/diabetes+descontrolado/n1237543812405.html>>. Acesso em: 11 fev. 2010.
3. BAHIA. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Doenças Endócrinas, metabólicas e nutricionais. *Revista Baiana de Saúde Pública*, Salvador, v. 32, n. 31, p. 415-416, set./dez. 2008.
4. BEM, Andreza Fabro; KUNDE, Juliana. A importância da determinação da hemoglobina glicada no monitoramento das complicações crônicas do diabetes mellitus. *Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial*, v. 42, n. 3, p. 185-191, maio/jun. 2006.
5. CASAGRANDE, A.; BONATO, C.; PERRENOUD, M.; REPETTO, G. Análise dos Valores de Referência da Hemoglobina Glicada Média pelo Método de Cromatografia Líquida de Alta Performance no Hospital São Lucas da PUC – RS. *Laes & Haes*, v. 2, n. 137, p. 116-124, jun./jul. 2002.
6. CENTRO DE DIABETES E ENDOCRINOLOGIA DA BAHIA (CEDEBA). Release, Dia Mundial do Diabetes. Disponível em: <<http://www.saude.ba.gov.br/arquivos/RELEASE%20DIA%20MUNDIAL%20DM%202009%5B%201%5D.pdf>>. Acesso em: 10 set. 2009.
7. CHACRA, Antonio Roberto. Qual é o real valor da dosagem da hemoglobina glicada (A1C)? *Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial*, v. 44, n. 3, Editorial, jun. 2008.
8. COMITÊ internacional recomenda teste de A1C como nova ferramenta para diagnóstico de diabetes. *Diabetes Clínica*, v. 13, n. 3, p. 205, maio/jun. 2009.
9. CONTROLAR índice de açúcar no sangue reduz risco cardíaco em diabéticos, diz pesquisa. *Folha online*. São Paulo, 10 jun. 2008. Disponível em: <<http://www.crf-ba.org.br/crfnoticias/?noticia=3578&titulo=Desconfian%C3%A7a+m+ostra+abalo+na+sagrada+rela%C3%A7%C3%A3o+m+%C3%A9+dico-paciente>>. Acesso em: 18 jan. 2010.
10. CORDOVA, C.M.M.; VALLE, J.P.; YAMANAKA, C.N.; CORDOVA, M.M. Determinação das glicemias capilar e venosa com glicosímetro versus dosagem laboratorial da glicose plasmática. *Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial*, v. 45, n. 5, p. 379-384, out. 2009.
11. COSTA, Arual Augusto; BETTI, Roberto T. Hiperglicemia e as complicações crônicas do diabetes mellitus. *Diabetes Clínica*, v. 4, n. 1, p. 63-69, jan. 2003.
12. GOLDENBERG, Paulete; SCHENKMAN, Simone; FRANCO, Laércio Joel. Prevalência de diabetes mellitus: diferenças de gênero e igualdade entre os sexos. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 6, n. 1, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v6n1/04.pdf>>. Acesso em: 14 set. 2009.
13. GOMES, M.B. 11% dos brasileiros têm diabetes, mostra pesquisa. *Sociedade Brasileira de Diabetes*, São Paulo, 11 nov. 2009. Disponível em: <<http://www.diabetes.org.br/sala-de-noticias/noticias/noticias-da-sbd/1066-11-dos-brasileiros-tem-diabetes-mostra-pesquisa-citacao-da-pesquisa-realizada-pela-dra-marilia-de-brito-gomes>>. Acesso em: 11 dez. 2009.
14. GRUPO INTERDISCIPLINAR DE PADRONIZAÇÃO DA HEMOGLOBINA GLICADA – A1C. Posicionamento Oficial. Atualização sobre Hemoglobina Glicada (A1C) para avaliação do controle glicêmico e para o diagnóstico do diabetes: Aspectos clínicos e laboratoriais. São Paulo: 3. ed. 2009.
15. INTERNATIONAL Diabetes Federation: Complicações do diabetes e educação. *Diabetes Clínica*, v. 6, n. 3, p. 217-220, maio/jun. 2006.
16. INZUCCHI, Silvio E. Classificação e Diagnóstico do Diabetes Mellito. In: INZUCCHI, S.E. (Org.). *Diabetes Mellito: Manual de Cuidados essenciais*. 6. ed. Porto Alegre: Artmed, p. 17-31, 2007.
17. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Cidades. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>>. Acesso em: 28 jan. 2010.
18. KENNEDY, L.; HERMAN, W.H.; STRANGE, P.; HARRIS, A. Impact of Active Versus Usual Algorithmic Titration of Basal Insulin and Point-of-Care Versus Laboratory Measurement of HbA1c on Glycemic Control in Patients With Type 2 Diabetes. *Diabetes Care*, v. 29, n. 1, p. 1-8, 2006. Disponível em: <<http://care.diabetesjournals.org/content/29/1/1.full.pdf+html?sid=e4ffde3b-5199-4e3e-8e57502122d692b2>>. Acesso em: 18 fev. 2009.
19. KNUDSON, P.E.; WEINSTOCK, R.S.; HENRY, J.B. Carboidratos. In: HENRY, Jonh Bernard (Org.). *Diagnósticos clínicos e tratamento por métodos laboratoriais*. 20. ed. [S.l.]: Manole, p. 245-258, 2008.
20. LAMOUNIER, Rodrigo. Estudo Internacional Padroniza a Medida da Hemoglobina Glicada. *Diabetes*, v. 14, n. 3, p. 12-13, out. 2007.
21. LIMA, Josivan G.; NÓBREGA, Lucia H.C.; BANDEIRA, Francisco; JEFFCOATE, William J.; MACEDO, Geisa. Características clínicas do Diabetes Mellitus tipo 2 no Nordeste do Brasil. *Diabetes Clínica*, vol. 7, n. 1, p. 41-47, out. 2001.
22. MENEZES, H.S.; BICCA, A.T.; FRONER, J.A.B. Avaliação diagnóstica do diabetes mellitus em um laboratório de análises clínicas da cidade de Pelotas / RS. *Arquivos Médicos*, v. 8, n. 1, p. 5-14, maio 2005.
23. MOTTA, Valter T. *Bioquímica Clínica para o laboratório: Princípios e Interpretações*. 4. ed. Porto Alegre: Editora Médica, 2003.
24. NETTO, Augusto Pimazoni. A1C e o controle glicêmico: um desafio para todos. *Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial*, v. 45, n. 1, Editorial, fev. 2009.
25. NETTO, Augusto Pimazoni; ADRIOLO, Adagmar; FILHO, Fadlo Fraige; TAMBASCIA, Marcos; GOMES, Marília de Brito; MELO, Murilo; SUMITA Nairo Massakazu; LYRA, Ruy; CAVALCANTI, Saulo. Atualização sobre hemoglobina glicada (HbA1C) para avaliação do controle glicêmico e para o diagnóstico do diabetes: aspectos clínicos e laboratoriais. *Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial*, v. 45, n. 1, p. 31-48, fev. 2009.
26. NEUMANN, Cristina Rolim. O espaço da glicemia pós-prandial como alvo no tratamento do Diabetes Mellitus tipo 2. *Revista da Sociedade de Cardiologia do Rio Grande do Sul*, v. 15, n. 8, maio/jun./jul./ago. 2006.
27. NUSSBACHER, Amit; LIMA, João A.C. O coração da mulher é diferente? *Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo*, v. 6, n. 6, p. 704-706, nov./dez. 1996.
28. OLIVEIRA, A.O.T.; MIGUEL, M.D.; ZANIN, S.M.W.; MONTRUCCHIO, D.P.; LEITE, S.A.O. Atenção farmacêutica voltada ao Diabetes Mellitus. *Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada*, v. 25, n. 1, p. 59-64, 2004.
29. ORTEGA, L.N.; SIMÕES, M.J.S. Estudo da distribuição dos casos de Diabetes Mellitus em Presidente Prudente – SP. *Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada*, v. 27, n. 1, p. 73-78, ago. 2006.
30. PAGLIARO, Heloísa; GOLDENBERG, Paulete; FRANCO, Laércio J.; SILVA, Rebeca de S.; SANTOS, Carla A. Diabetes mellitus auto-referido no Município de São Paulo: prevalência e desigualdade. *Caderno de Saúde Pública do Rio de Janeiro*, v. 12, n. 1, p. 37-45, jan./mar. 1996.
31. PEREIRA, L.R.L.; ANDRADE, R.C.G.; PEREIRA, J.G.C.; MARCHETTI, J.M. Avaliação de prescrições de medicamentos para pacientes com Diabetes Mellitus atendidos por uma Unidade Básica de Saúde. *Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada*, v. 26, n. 3, p. 199-203, set. 2005.
32. PITROWSKY, Melissa; SHINOTSUKA, Cássia Rigby; SOARES, Márcio; SALLUH, Jorge Ibrain Figueira. Controle glicêmico em terapia intensiva 2009: sem sustos e sem surpresas. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, vol. 21, n.3, p. 310-314, ago. 2009.
33. RAVEL, Richard. *Laboratório Clínico: Aplicações Clínicas dos dados laboratoriais*. 6. ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 1997.
34. SANTOS, Iná; ARAÚJO, Rejane B.; CAVALETTI, Marcelo A.; COSTA, Juvenal S.D.; BÉRIA, Jorge U. Avaliação do cuidado prestado a pacientes diabéticos em nível primário. *Revista de Saúde Pública*, v. 33, n. 1, fev. 1999. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-891019990001000058script=sci\\_arttext&lng=esf](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-891019990001000058script=sci_arttext&lng=esf)>. Acesso em: 10 mar. 2010.
35. SARTORELLI, Daniela Saes; FRANCO, Laércio Joel. Tendências do diabetes mellitus no Brasil: o papel da transição nutricional. *Caderno de Saúde Pública do Rio de Janeiro*, v. 19, n. 1, p. 29-36, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v19s1/a04v19s1.pdf>>. Acesso em: 19 set. 2009.
36. SILVA, R.C.P.; SIMÕES, M.J.S.; LEITE, A.A. Fatores de risco para doenças cardiovasculares em idosos com diabetes mellitus tipo 2. *Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada*, v. 28, n. 1, p. 113-121, ago. 2007.
37. SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES (SDB). *Diretrizes da SBD*. Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <<http://www.nutritotal.com.br/diretrizes/files/166-DiretrizesDiabetes2008.pdf>>. Acesso em: 12 ago. 2009.
38. SOGAYAR, M.C.; ELIASCHEWITZ, F.G.; GOLDBERG, A.C.; NORONHA, I.L.; GENZINI, T.; LABRIOLA, L.; KROGH, K.; SÁ, S.V.; LOJUDICE, F.H.; FORTUNA, V.A.; CORRÊA, M.L.C.; ENGLER, S.M.S.; GRANJEIRO, J.M.; NETO, D.; MACHADO, M.; OLIVEIRA, E.M.C.; CAMPOS, A.C.V.; FRANCO, D.; NODA, E.; DE CASTRO, L.A.; ANDREOLLI, M.; MIRANDA, M.P.; SANTOS, P.B.; FERREIRA, R.C.; FERREIRA, G.B.; GABANYI, I. Diabetes mellitus: new therapeutic approaches to treat an old disease. *Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada*, v. 26, n. 1, p. 1-8, ago. 2005.
39. SUMITA, Nairo Massakazu. A hemoglobina glicada e o laboratório clínico. *Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial*, v. 45, n. 1, Editorial, fev. 2009.
40. SUMITA, N.M.; ANDRIOLO, A. Importância da hemoglobina glicada no controle do diabetes mellitus e na avaliação de risco das complicações crônicas. *Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial*, v. 44, n. 3, p. 169-174, jun. 2008.
41. SUMITA, N.M.; ANDRIOLO, A. Importância da determinação da hemoglobina glicada no monitoramento do paciente portador de diabetes mellitus. *Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial*, v. 42, n. 3, Editorial, jun. 2006.
42. SUMITA, N.M.; MENDES, M.E.; SOBREIRO, J.I.F. Vantagens da Determinação da Hemoglobina Glicada Empregando a Técnica de HPLC no Controle do Diabetes mellitus. *Laes & Haes*, v. 4, n. 144, p. 210-218, ago./set. 2003.
43. THE ENDOCRINE SOCIETY. The endocrine society statement on the use of A1C for diabetes diagnosis and risk estimation. *Diabetes Care*, v. 33, n. 1, jan. 2006. Disponível em: <<http://www.endo-society.org/advocacy/upload/TES-Statement-on-A1C-Use.pdf>>. Acesso em: 12 fev. 2010.
44. TRICHES, C.B.; MARASCHIN, J.F.; FRIEDMAN, R. *Diabetes Mellito*. In: XAVIER, Ricardo M. (Org.). *Laboratório na prática clínica: Consulta rápida*. Porto Alegre: Artmed, p. 195-205, 2005.
45. VANDRESEN, L.T.S.; SCHNEIDER, D.S.L.G.; BATISTA, M.R.; CROZATTI, M.T.L.; TEIXEIRA, J.J.V. Níveis glicêmicos de pacientes diabéticos segundo estudo comparativo entre duas técnicas. *Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada*, v. 30, n. 1, p. 95-98, maio 2009.
46. WALLACH, Jacques M. D. (Org.). *Interpretação de exames laboratoriais*. 7. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003.

## SALVADOR

## Diretoria da SBAC Regional/Bahia toma posse

Presidida pelo Dr. Luiz Roberto Carvalho, foi empossada a nova diretoria da Sociedade Brasileira de Análises Clínicas Regional Bahia,

composta pelos farmacêuticos Dr. Jader O. Donato vice-presidente; Dr. Nilson L. Lopes, secretário; Dr. Arivaldo de M. Santana, secretário;

e Dr. Cleber R. Pereira, tesoureiro. De acordo com o presidente Dr. Luiz Roberto de Carvalho, a diretoria tem um forte comprometimento com a realização de eventos científicos. "Temos como meta a promoção de encontros entre profissionais, professores, acadêmicos e empresários que militam na área das análises clínicas, em todo o Estado da Bahia. Para este semestre, destacamos, os cursos de atualização "Revisando a Microbiologia", "Entendendo o SUS", "Assistência Farmacêutica" e "Hormônios no Laboratório Clínico", além do V Encontro dos Analistas Clínicos da Bahia, no dia 14 de outubro, na cidade de Paulo Afonso."



## NACIONAL

## Comissão de Ensino participa de conferência sobre educação

A Comissão de Ensino do CRF/BA esteve presente na VII Conferência Nacional de Educação Farmacêutica em Brasília, no período de 8 a 10 de Junho, representada pela professora Angela Pontes. Participaram ainda outros docentes, coordenadores de cursos e membros da comissão que registramos, como professor Edimar Caetité (UEFS), José Fernando Oliveira Costa (UNIME), Pedro Nascimento Prates Santos (UEFS), Patrícia Sodré (UNEB), Franco Henrique Andrade Leite (Faculdade

Maria Milze-FAMAM), e Rute Xavier (Unime-Itabuna).

O tema central da conferência foi, "Humanizar, Integrar e Qualificar a Educação Farmacêutica". Ainda foram abordados outros temas que estão na ordem do dia, como aplicação das Diretrizes Curriculares Nacionais para a formação farmacêutica, as residências multiprofissionais como elemento de fixação profissional no sistema de saúde pública, e a educação a distância no ensino superior.

Os dez anos desde a publicação das Diretrizes Curriculares foram também amplamente debatidos e defendidos pelos participantes.

Durante o evento, ocorreu o encontro das comissões de ensino dos CRFs que tiveram a oportunidade de trocar impressões sobre a formação profissional e as necessidades de maior harmonização da qualificação. Neste sentido, as comissões dos CRFs informaram da preparação e realização de fóruns estaduais para o segundo semestre.

## RIBEIRA DO POMBAL

### Responsável técnico

O presidente do CRF/BA, Dr. Altamiro dos Santos, participou, no dia 17 de maio, de reunião na cidade de Ribeira do Pombal, envolvendo farmacêuticos. O delegado honorário, Dr. Roberval dos Anjos, coordenou a atividade. Os problemas relacionados com a profissão e necessidades de ca-

pacitação foram assuntos discutidos. No decorrer do mês, foi realizado, ainda, com promoção do CRF/BA, um curso sobre Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados, ministrado pelo Dr. Lavoisier Diniz. O curso foi resultado da reunião do início do mês.



*O debate foi bastante participativo em Ribeira do Pombal*

## JEQUIÉ

### Fiscalização na região

Com a promoção da 13ª Dires da cidade de Jequié, foi realizada uma reunião com os farmacêuticos da cidade, contando com a participação do CRF/BA, proprietários de Farmácia, do promotor público, Dr. Mauricio Cavalcante, do diretor da Dires, Dr. Sebastião Eloy, e do delegado honorário Helder Teixeira. Vários temas estiveram em debate, como a climatização dos estabelecimen-

tos farmacêuticos da região e a criação de um calendário conjunto de fiscalização.



*Participação expressiva dos farmacêuticos*



*Dr. Altamiro Santos coordenando a reunião*

## PAULO AFONSO

### Normas da Anvisa

Com o objetivo da interação entre farmacêuticos do interior do estado, a direção do CRF/BA realizou uma reunião, em maio, na cidade de Paulo Afonso para tratar sobre o controle sanitário e as novas medidas adotadas pela ANVISA. O presidente do CRF/BA, Dr. Altamiro dos Santos, tratou dos problemas relacionados com a profissão e sobre as necessidades de capacitação.



*Controle sanitário foi discutido*

## IRECÊ

### Feira da Saúde

A Farmácia Vitória realizou, em maio, a Feira da Saúde em comemoração ao primeiro ano do estabelecimento. De acordo com o diretor técnico, Dr. Alan B. Cavalcante, o objetivo foi a realização de ações sociais, demonstrando o compromisso social. "Oferecemos no decorrer da atividade, serviços gratuitos de aferição de pressão arterial, determinação de glicemia, IMC, além de atendimento por profissionais".



## BRUMADO

### RDC em debate

No dia 16 de junho, foi realizado um encontro de farmacêuticos na cidade de Brumado. Os problemas relacionados com a profissão farmacêutica e necessidades de curso de capacitação para conhecimento sobre a RDC e o SNGPC, além da criação da associação de farmacêuticos da região, foram assuntos discutidos no evento. Estiveram presentes ao evento o secretário de Saúde municipal, o farmacêutico Dr. Claudio Ceres, a delegada honorária do CRF/BA, Dra. Débora Soares, e o representante da VISA municipal, Dr. Leonardo Queiroz (foto).



A criação da associação foi ressaltada

## IRECÊ

### Controle sanitário

O Controle Sanitário de Medicamentos foi tema da palestra apresentada pelo Dr. Adilson Bezerra, fundador da ASE-GI/Anvisa e o delegado da Polícia Federal. O evento, realizado, em Irecê, nos dias 9 e 10 de junho, contou com a participação de vários farmacêuticos da região.



Mesa: Dra Mires Magnólia, Dra. Mabel Sodré, Dr. Adilson Bezerra, Dr. Jair Ferreira e Dr. Altamiro Santos

### Livramento de Nossa Senhora

Na cidade de Livramento de Nossa Senhora, foi realizada uma reunião com os farmacêuticos da região, sob a coordenação do CRF/BA, no dia 17 de junho. Será organizado um calendário com ação conjunta envolvendo a Dires, o CRF/BA e o Ministério Público.



Farmacêuticos discutiram metas no encontro

## ALAGOINHAS

### IV Encontro dos Analistas Clínicos da Bahia

A Diretoria da Sociedade Brasileira de Análises Clínicas/Regional Bahia promoveu o IV Encontro de Analistas Clínicos da Bahia, evento realizado na Cidade de Alagoinhas, no dia 27 de maio. O presidente da SBAC regional Bahia, Dr. Luiz Roberto Carvalho, participou abertura do evento

## JEREMOABO

### Farmácia interdita

Estabelecimentos farmacêuticos na cidade de Jeremoabo foram alvos de fiscalização conjunta realizada pelo CRF/BA e a Dires da cidade de Paulo Afonso, no dia 17 de maio. Com a ação, uma farmácia sofreu interdição por estar funcionando de forma irregular.



programe-se

## XX Congresso Ítalo-latino-americano de Etnomedicina

Quando: 19 a 22 de setembro  
Onde: Seara Praia Hotel em Fortaleza (CE)  
Informações: [www.silae.org.br](http://www.silae.org.br)

## IX Congresso Brasileiro de Farmácia 6ª Jornada Brasileira de Citologia Clínica V Coperfarma

Quando: 5 a 8 de outubro  
Onde: Olinda  
Informações: (81) 3463.0871  
[www.farmaceuticospe.org.br](http://www.farmaceuticospe.org.br)  
[coperfarma@factos.com.br](mailto:coperfarma@factos.com.br)

## V Encontro de Analistas Clínicos

Quando: 14 a 15 de outubro  
Onde: auditório CHESF - Paulo Afonso - Bahia  
Informações: (71) - 3015-5455  
[sbac\\_ba@yahoo.com.br](mailto:sbac_ba@yahoo.com.br)

## II Simpósio Catarinense de Análises Clínicas

Quando: 18 e 20 de novembro  
Onde: Blumenau (SC)/  
Informações: [www.scac2011.com.br](http://www.scac2011.com.br)

## Cosmetologia Industrial Ênfase em Desenvolvimento de Novos Produtos

Onde: Instituto Maurício Pupo de Educação e Pesquisa - IPUPPO  
Informações: (19) 3736-6868 ou no site [www.ipupo.com.br](http://www.ipupo.com.br)

# Curso de Pós-Graduação COM QUALIDADE!

## NOSSOS CURSOS

Análises Clínicas e Toxicológicas (Atenção Diagnóstica)

Cosmetologia

Farmácia Hospitalar

Fisiopatologia e Terapêutica Aplicada

Vigilância Sanitária

Engenharias de Superfícies & Tintas

Ciências Forenses

Farmacologia Clínica

MBA em Farmácia Clínica e  
Gestão Farmacêutica

INSCRIÇÕES

[www.oswaldocruz.br/pos/inscricao.asp](http://www.oswaldocruz.br/pos/inscricao.asp)



Pós-Graduação  
Oswaldo Cruz



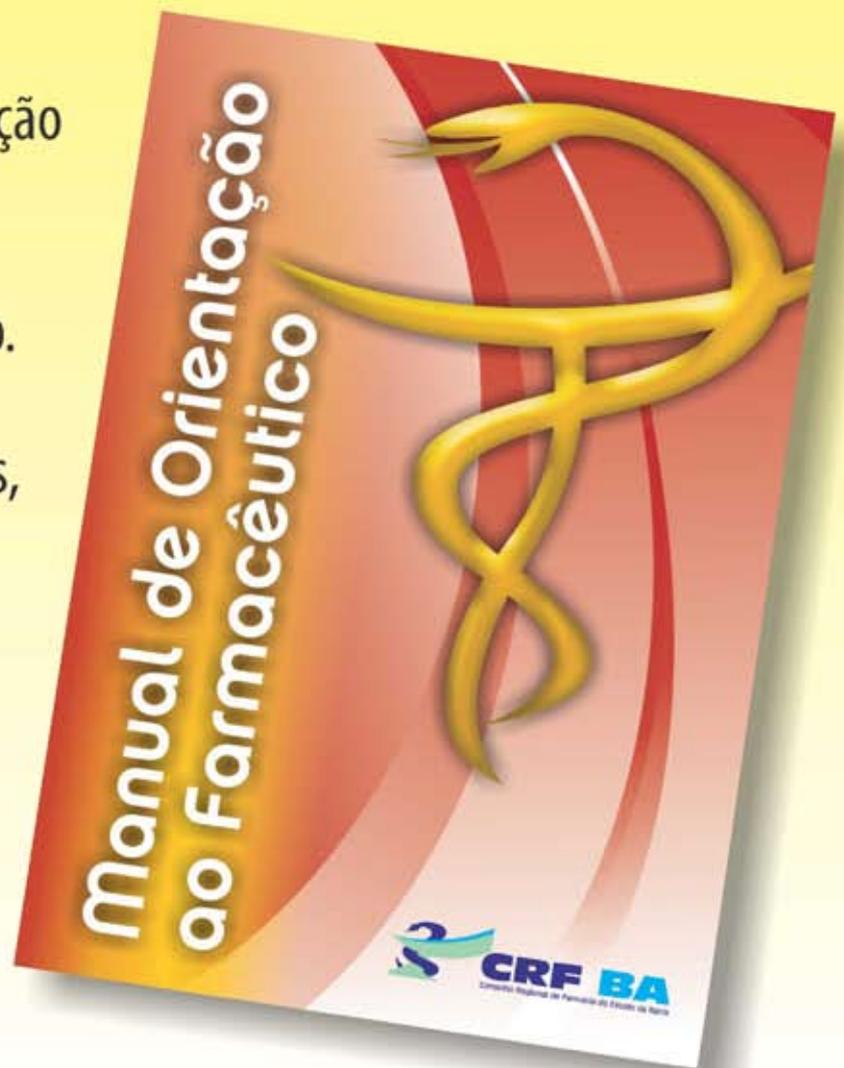
**10% DE DESCONTO**  
para pagamento até o  
1º dia útil de cada mês



71 3481.2444  
[www.ekohumana.com.br](http://www.ekohumana.com.br)



O Manual de Orientação ao Farmacêutico é uma publicação direcionada para os novos farmacêuticos, com dados importantes para a profissão. Esta versão atualizada, com 130 páginas, acompanha leis, decretos e resoluções específicas para conhecimento dos futuros profissionais de Farmácia.



**Farmácia não é um simples comércio.**



**Sua vida não tem preço.**

Fazer da farmácia estabelecimento de saúde é de interesse público.