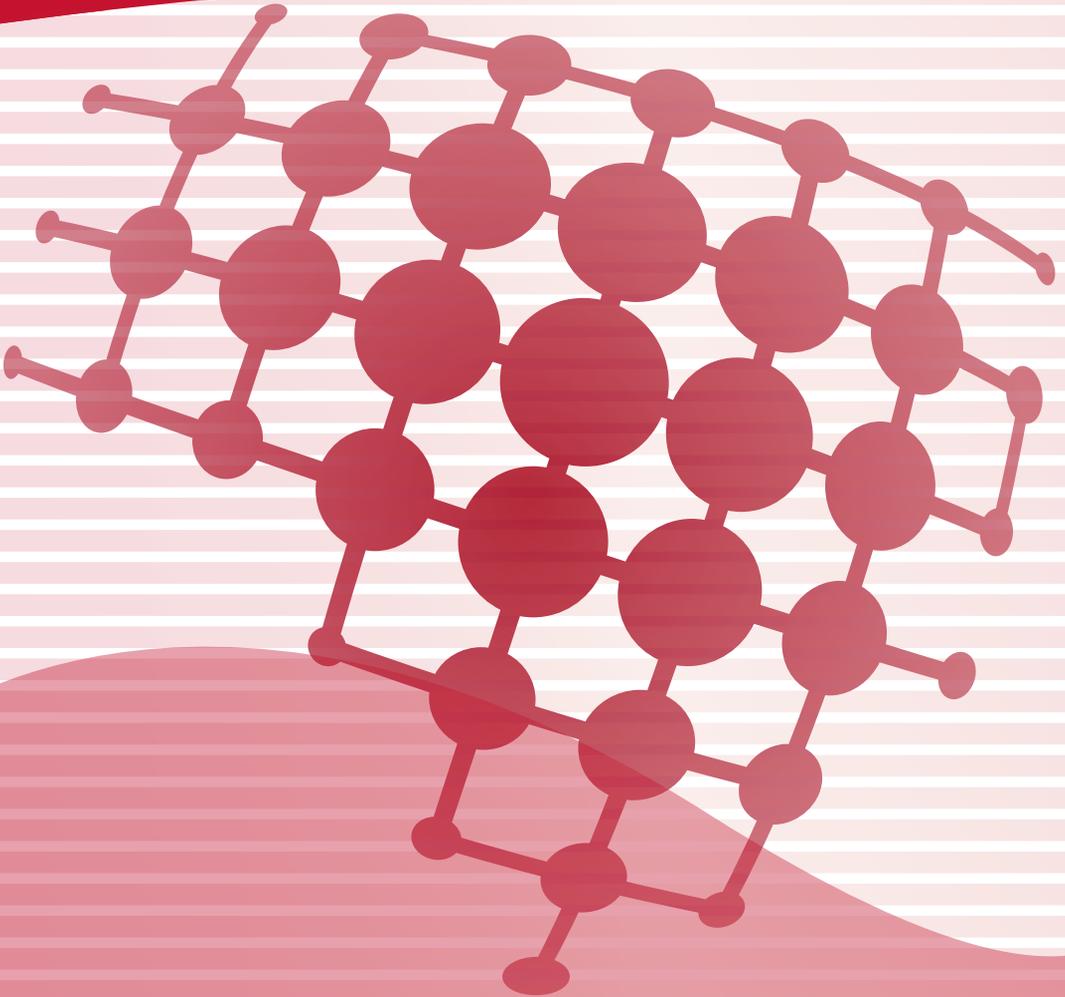


UnA-SUS

Gestão da Assistência Farmacêutica

EaD



Eixo 2: Serviços Farmacêuticos

Módulo 5: Dispensação
de medicamentos





DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS

MÓDULO 5

GOVERNO FEDERAL

Presidente da República Dilma Vana Rousseff

Ministro da Saúde Ademar Arthur Chioro dos Reis

Secretário de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) Heider Aurélio Pinto

Diretor do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES/SGTES) Alexandre Medeiros de Figueiredo

Secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE) Jarbas Barbosa da Silva Junior

Diretor do Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos (DAF/SCTIE) José Miguel do Nascimento Júnior

Responsável Técnico pelo Projeto UnA-SUS Francisco Eduardo de Campos

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Reitora Roselane Neckel

Vice-Reitora Lúcia Helena Pacheco

Pró-Reitora de Pós-Graduação Joana Maria Pedro

Pró-Reitor de Pesquisa e Extensão Jamil Assreuy

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Diretor Sérgio Fernando Torres de Freitas

Vice-Diretora Isabela de Carlos Back Giuliano

DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS

Chefe do Departamento Marcos Antônio Segatto

Subchefe do Departamento Flávio Henrique Reginatto

Coordenadora do Curso Célia Maria Teixeira Campos

COMISSÃO GESTORA

Coordenadora do Curso Eliana Elisabeth Diehl

Coordenadora Pedagógica Mareni Rocha Farias

Coordenadora de Tutoria Rosana Isabel dos Santos

Coordenadora de Regionalização Silvana Nair Leite

Coordenador do Trabalho de Conclusão de Curso Luciano Soares

Coordenação Técnica André Felipe Vilvert, Bernd Heinrich Storb, Fabíola Bagatini Buendgens, Fernanda Manzini, Kaite Cristiane Peres, Guilherme Daniel Pupo, Marcelo Campese, Mônica Cristina Nunes da Trindade, Samara Jamile Mendes

ORGANIZADORES

Eliana Elisabeth Diehl

Silvana Nair Leite

Fernanda Manzini

AUTORES

Eliana Elisabeth Diehl

Esther Jean Langdon

Iane Franceschet de Sousa

Lígia Hoepfner

Marlene Zannin

Noemia Liege Maria da Cunha Bernardo

Paulo Sérgio Dourado Arrais

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

ORGANIZADORES

Eliana Elisabeth Diehl

Silvana Nair Leite

Fernanda Manzini

MÓDULO 5

DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS

© 2015. Todos os direitos de reprodução são reservados à Universidade Federal de Santa Catarina. Somente será permitida a reprodução parcial ou total desta publicação, desde que citada a fonte.

Edição, distribuição e informações:

Universidade Federal de Santa Catarina

Campus Universitário 88040-900 Trindade – Florianópolis - SC

Disponível em: www.unasus.ufsc.br/gestaofarmaceutica

Un385d Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde. Gestão da Assistência Farmacêutica. Educação a distância.

Módulo 5 - Dispensação de medicamentos / Eliana Elisabeth Diehl, Silvana Nair Leite, Fernanda Manzini. — Florianópolis, SC: UFSC, 2015.

169 p.

Inclui bibliografia.

Modo de acesso: www.unasus.ufsc.br/gestaofarmaceutica

Conteúdos do Módulo: Contexto sociocultural do uso de medicamentos. Dispensação de medicamentos. Farmacovigilância.

ISBN: 978-85-8328-045-3

1. Gestão em saúde. 2. Assistência farmacêutica. 3. Dispensação de medicamentos. 4. Antropologia cultural. 5. Farmacovigilância. I. Diehl, Eliana Elisabeth. II. Leite, Silvana Nair. III. Manzini, Fernanda. IV. Título.

CDU: 615.1

EQUIPE DE PRODUÇÃO DE MATERIAL

Coordenação Geral da Equipe Eleonora Milano Falcão Vieira e Marialice de Moraes

Coordenação de Design Instrucional Andreia Mara Fiala

Design Instrucional Equipe Labmin

Revisão Textual Judith Terezinha Müller Lohn

Coordenadora de Produção Giovana Schuelter

Projeto Gráfico André Rodrigues da Silva, Felipe Augusto Franke, Rafaella Volkmann Paschoal

Ilustração Capa Ivan Jerônimo Iguti da Silva

EQUIPE DE PRODUÇÃO DE MATERIAL (2ª EDIÇÃO)

Coordenação Geral da Equipe Eleonora Milano Falcão Vieira e Marialice de Moraes

Coordenação de Produção de Material Andreia Mara Fiala

Design Instrucional Soraya Falqueiro

Revisão Textual Judith Terezinha Muller Lohn

Design Gráfico Tais Massaro

SUMÁRIO

UNIDADE 1 – CONTEXTO SOCIOCULTURAL DO USO DE MEDICAMENTOS.....	13
Lição 1 - Cultura, doença e autoatenção à saúde	16
Lição 2 - O uso de medicamentos sob o foco da Antropologia	33
REFERÊNCIAS	53
UNIDADE 2 – DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS.....	61
Lição 1 - Dispensação: um serviço de saúde.....	63
Lição 2 - Serviço de dispensação: a estruturação do processo de dispensação	79
Lição 3 – Estrutura física e recursos humanos para a organização do serviço de dispensação.....	91
Lição 4 – Componentes das atividades do serviço de dispensação.....	94
Lição 5 – Registro das informações do serviço de dispensação	107
Lição 6 – A dispensação no modelo de atenção à saúde do brasileiro .	111
REFERÊNCIAS	118
UNIDADE 3 – FARMACOVIGILÂNCIA.....	123
Lição 1 - Farmacovigilância: aspectos introdutórios.....	128
Lição 2 - Reações Adversas a Medicamentos - RAM	133
Lição 3 - Intoxicações humanas por medicamentos	138
Lição 4 - Métodos aplicados à farmacovigilância.....	141
Lição 5 - A farmacovigilância e o ciclo da assistência farmacêutica..	155
REFERÊNCIAS	164

APRESENTAÇÃO DO MÓDULO

Seja bem-vindo ao Módulo 5 - Dispensação de medicamentos!

Tendo em vista que este Curso tem por finalidade qualificar a gestão da assistência farmacêutica, o conteúdo de dispensação de medicamentos, tema do Módulo, será discutido com duas outras unidades: contexto sociocultural do uso de medicamentos e farmacovigilância; temas estes de extrema importância, considerando que o serviço de dispensação tem como foco assegurar ao usuário do sistema de saúde o uso racional do medicamento e favorecer o acesso ao mesmo.

O desafio posto é superar a entrega dos medicamentos e realizar a mudança para o aproveitamento de capacidades para o desenvolvimento de ações que contribuam para os resultados da saúde da população. É oferecer um serviço segundo a necessidade do usuário ou da comunidade, de acordo com os princípios do sistema de saúde.

Inicialmente vamos discutir sobre cultura, saúde, doença e medicamentos. O uso de medicamentos não pode ser separado do contexto sociocultural, seja do usuário ou do serviço de saúde. Por isso vamos propor a você um olhar diferente sobre os medicamentos, para além das suas dimensões farmacológica, bioquímica, técnica e legal. Por meio de conceitos do campo da Antropologia da Saúde, vamos nos debruçar sobre a noção de cultura e aprender mais sobre suas implicações para a saúde e doença, especialmente nas atividades relacionadas à utilização dos medicamentos.

A segunda unidade deste Módulo – *Dispensação de medicamentos* – aborda as questões referentes à dispensação, partindo do pressuposto de que essa atividade é o serviço farmacêutico técnico-assistencial que ocupa maior tempo do trabalho cotidiano de uma farmácia, e que esse serviço deve ter como foco central o usuário de medicamentos, e não o medicamento em si. Além disso, é o serviço que possui maior demanda, e apresenta um impacto importante para a promoção do acesso e do uso racional de medicamentos.

A terceira unidade – *Farmacovigilância* – tem por finalidade discutir a farmacovigilância e a sua inter-relação com a gestão da assistência farmacêutica. A importância da farmacovigilância na atenção à saúde é fundamental, haja vista que o consumo de medicamentos pela população é cada vez maior, e as práticas de prescrição, dispensação e utilização nem sempre são racionais.

Bons estudos!

Ementa

Contextualização do uso de medicamentos a partir de uma abordagem sociocultural. Dispensação para o modelo de atenção à saúde vigente no país. Dispensação: serviço de saúde. Estruturação do serviço de dispensação. Estrutura física e recursos humanos. Sistema de informação. Farmacovigilância: aspectos introdutórios. Reações adversas a medicamentos (RAM). Intoxicações humanas por medicamentos. Métodos aplicados à farmacovigilância. A farmacovigilância e o ciclo da assistência farmacêutica.

Unidades

Unidade 1 - Contexto sociocultural do uso de medicamentos

Unidade 2 - Dispensação de medicamentos

Unidade 3 - Farmacovigilância

UNIDADE 1

MÓDULO 5

UNIDADE 1 – CONTEXTO SOCIOCULTURAL DO USO DE MEDICAMENTOS

Ementa da Unidade

- Contextualização do uso de medicamentos a partir de uma abordagem sociocultural.

Carga horária da unidade: 15 horas.

Objetivos específicos de aprendizagem

- Compreender conceitos como cultura, doença e práticas de autoatenção, e suas implicações para o processo saúde-doença.
- Refletir sobre conceitos que envolvem medicamentos, à luz da noção de cultura, de doença e das práticas de autoatenção, sob uma abordagem da Antropologia.

Apresentação

Iniciaremos o Módulo 5, que trata da dispensação de medicamentos, com um conteúdo que ainda é pouco explorado durante a formação em Farmácia, bem como em outras áreas das ciências da saúde. Nesta unidade, intitulada “Contexto sociocultural do uso de medicamentos”, estudaremos alguns conceitos, fundamentais para a compreensão dos medicamentos para além de suas dimensões farmacológica, bioquímica, técnica e legal.

Na primeira edição do Curso de Gestão da Assistência Farmacêutica – Especialização a distância, esta unidade foi desenvolvida pela Professora Esther Jean Langdon, antropóloga e professora do Departamento de Antropologia da Universidade Federal de Santa Catarina, e pela Professora Eliana Elisabeth Diehl, farmacêutica e professora do Departamento de Ciências Farmacêuticas da Universidade Federal de Santa Catarina. Também nessa primeira edição, o conteúdo foi dividido em quatro lições, sendo que as três primeiras foram oferecidas junto ao Módulo 2 - *Medicamento como insumo para a saúde* e a última, no Módulo 4 - *Serviços farmacêuticos*. Para a edição atual do Curso, avaliamos que esse conteúdo deve ser oferecido em sua íntegra junto ao conteúdo de dispensação de medicamentos, por trazer conceitos e reflexões mais bem relacionados com as diferentes habilidades e os conhecimentos necessários à dispensação. Além disso, como a dispensação têm seu principal foco sobre quem utiliza os medicamentos, queremos

que cada estudante tenha a oportunidade de ampliar sua visão sobre esse processo, colocando o usuário no centro da atenção à saúde. As lições desta unidade foram readaptadas a partir da primeira edição do Curso e, portanto, mantivemos a autoria original.

Enfatizamos que essa discussão está bastante centrada nos sujeitos e grupos sociais, bem como no uso e entendimentos que eles fazem e têm dos medicamentos. Porém, não ignoramos que muitos dos aspectos apresentados podem ser aplicados à dimensão da gestão da dispensação de medicamentos, foco deste Módulo.

Esta unidade, que corresponde a 15 horas-aula, está dividida em duas lições principais:

- Lição 1 – Cultura, doença e autoatenção à saúde: nesta lição, os conceitos serão discutidos na perspectiva da Antropologia simbólico-interpretativa, de acordo com Clifford Geertz (1989) e Esther Jean Langdon (2003), entre outros; e os saberes, práticas e experiências envolvidos no processo saúde-doença-atenção serão abordados na perspectiva das atividades de autoatenção, conforme Eduardo Menéndez (2003, 2009).
- Lição 2 – O uso de medicamentos sob o foco da Antropologia: vamos repensar alguns conceitos biomédicos que envolvem os medicamentos, à luz da abordagem antropológica de autores como Sjaak van der Geest (1987, 1996), Peter Conrad (1985), Eliana Diehl (2001, 2004, 2010, 2012) e outros. Nesta lição, os conceitos de adesão, uso racional de medicamentos, eficácia, entre outros, serão revisitados, visando desenvolver um olhar mais amplo que aquele disciplinado pelo saber biomédico.

Ao longo do conteúdo, faremos sugestões de leituras complementares e exercícios para reflexão sobre a temática.

Conteudistas responsáveis:

Eliana Elisabeth Diehl
Esther Jean Langdon

Conteudista de referência:

Eliana Elisabeth Diehl

Conteudistas de gestão:

Silvana Nair Leite
Maria do Carmo Lessa Guimarães

CONTEXTUALIZANDO

Nesta unidade, abordaremos conceitos que vêm do campo da Antropologia, em especial da Antropologia da Saúde.



Reflexão

Mas, por que esse tema é importante em um Curso de Gestão da Assistência Farmacêutica?

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

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

Enfatizamos que a escolha pela Antropologia e não por outra ciência humana se deve ao fato de que vimos refletindo sobre sua abrangência e especificidade no campo da saúde – e sobre os medicamentos –, buscando ampliar a visão e sensibilizar os profissionais de saúde para a importância dessa abordagem.



Ambiente Virtual

Acesse a *Resolução CNE/CNS n. 2*, de 19 de fevereiro de 2002, na Biblioteca, e observe que as prerrogativas relacionadas à formação vão além do tecnicismo.

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

Vamos começar? Siga com seus estudos e bom aprendizado!

ENTRANDO NO ASSUNTO

Lição 1 - Cultura, doença e autoatenção à saúde

Esta lição tem como objetivo de aprendizagem apresentar alguns conceitos e suas implicações para o processo saúde-doença-atenção. Ao final deste estudo, esperamos que você compreenda esses conceitos e possa refletir sobre as suas potenciais contribuições para as ações profissionais que realizamos cotidianamente.

O que é cultura?

Idealmente, como profissionais de saúde, queremos que o usuário siga, de modo fiel, a receita do médico, que compartilhe da mesma racionalidade **biomédica**¹ e do mesmo entendimento sobre o valor e a eficácia do medicamento. De fato, cotidianamente esse não é o caso. O cumprimento das instruções, como determinado na receita médica, – tanto na aquisição quanto na frequência e dosagem indicadas – raramente acontece.

Vários fatores influenciam quanto, como e quando o doente adquire e autoadministra seus medicamentos. Você deve imediatamente pensar que o acesso e a questão econômica estão entre os aspectos mais importantes que condicionam o uso dos medicamentos. Vamos argumentar, durante esta unidade, que esses fatores são menos importantes que as experiências do sujeito e as avaliações feitas sobre suas necessidades.

Para entender as experiências, avaliações e necessidades, é preciso explorar o contexto cultural em que a pessoa vive. Fatores culturais são fundamentais na experiência da doença e nas decisões que a pessoa toma quando se trata de sua medicação. Defendemos, ainda, que, de uma perspectiva antropológica, a relação entre a cultura e os processos de saúde e doença deve ser parte da formação de qualquer profissional que trabalha com saúde e, particularmente, do farmacêutico, para que este desperte o interesse em entender o uso humano dos medicamentos.

O uso de medicamentos está determinado mais pela construção sociocultural da experiência da doença e menos pela experiência biológica.

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

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

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

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

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



Ambiente Virtual

Para ampliar seu entendimento sobre a temática, sugerimos duas leituras pertinentes:

- Roberto da Matta – *Você tem cultura?*
- Maria Ignez Paulilo – *O peso do Trabalho Leve*. O texto trata da discussão sobre trabalho “leve” e “pesado” no Nordeste e em Santa Catarina.

Ambos estão disponíveis na Biblioteca.

Ao dizer que a atividade cultural é compartilhada e padronizada, salientamos a dimensão coletiva e separamos o comportamento cultural do comportamento individual. Assim, diferenças individuais devido às diferenças das experiências particulares e/ou características psicológicas particulares não fazem parte da cultura, sendo alvo de outra ciência, a Psicologia. Nosso interesse está na influência do contexto cultural na pessoa.

Para ilustrar essa afirmação, vamos conferir as diferenças de pensamentos e comportamentos sobre a comida. No Brasil, o feijão

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

e o arroz formam o básico do almoço completo para muitos grupos, que não satisfazem sua fome se esses dois alimentos não estão presentes. Outros sempre precisam de um prato de carne para se sentirem alimentados, e até saem com fome depois de comer uma abundante comida chinesa, cheia de legumes misturados com um pouco de carne. O chinês, por outro lado, sente-se completamente satisfeito com a sua comida.

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

Quando eu, Jean³, morei com os índios na selva amazônica, sofri bastante nos dias em que a comida consistia de formigas com cassava (pão de mandioca), pois, embora as formigas sejam uma boa fonte de proteína e vitamina, sentia fome, mesmo após as refeições.

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

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

Para o ser humano, a cultura desempenha um papel parecido com o papel dos instintos biológicos nos animais, ou seja, o papel de determinar como o grupo vai sobreviver. Cada grupo vive dentro de um ambiente, e a sua cultura determina como sobreviver nesse ambiente. O ambiente pode variar segundo a cultura, e assim é possível encontrar, dentro de um tipo ambiental, várias soluções culturais para resolver uma questão. A tecnologia humana e os grupos que participam das tarefas são resultantes da cultura do grupo.

O ser humano nasce com a capacidade de participar de qualquer cultura, aprender qualquer idioma e desempenhar qualquer tarefa, mas é a cultura específica, na qual ele nasce e se desenvolve, que determina o idioma que fala, as atividades que faz segundo idade, sexo e posição social, e como pensa sobre o mundo em que vive.

Chamamos a esse processo de desenvolvimento dentro de uma cultura de “enculturação” ou “socialização” e, nesse processo, a cultura determina tanto o que a pessoa deve fazer como o porquê de fazer. Este último aspecto, o porquê de fazer, é importante para entender a integração e a lógica de uma cultura.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Falando em gestão

Vamos agora refletir sobre tudo o que estamos aprendendo sobre cultura e sobre como essa questão interfere na gestão de um serviço farmacêutico.

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

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

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

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

Você, no seu dia a dia de trabalho na assistência farmacêutica, tem feito alguma coisa para mudar a forma de a população ver o serviço público? Você se preocupa com o fato de muitas pessoas não valorizarem os serviços públicos? De acharem que o SUS é utilizado apenas por um

Falando em gestão

público com baixo poder aquisitivo ou de baixa renda, e por isso não precisa ter serviços de saúde “bonitos”, bem instalados, confortáveis e bem assistidos?

Quantas vezes você já ouviu alguém se surpreender ao ser bem atendido nas unidades do SUS, pois o que se espera é um mau atendimento? O que você fez diante dessa situação?

Esses significados precisam ser alterados, e, para isso, é preciso que a realidade também seja transformada. Então... pense que, ao melhorar os serviços farmacêuticos, ao mudar a lógica de condução/gerência dos serviços de saúde, incluindo os diferentes atores no processo de decisão e ação, e buscando melhores alternativas, você estará, conseqüentemente, contribuindo para produzir outros valores sobre os serviços de saúde.

Vamos continuar aprendendo mais sobre cultura.

Também central nesse conceito de cultura é o enfoque do indivíduo como um ser consciente, que percebe e age. A doença é vista, a partir dessa perspectiva, como uma construção sociocultural e subjetiva. Reconhecer essa subjetividade implica, ainda que nos grupos mais isolados e distantes de outras culturas, que nem todos os indivíduos de uma cultura são iguais no seu pensamento ou na sua ação. É uma visão que permite heterogeneidade, não só porque as culturas sempre estão em contato com outras, que têm outros conhecimentos, mas também porque os indivíduos, dentro de uma cultura, por serem atores conscientes e individuais, têm percepções heterogêneas devido à sua subjetividade e à sua experiência, que nunca são iguais as dos outros. Como observaremos, essa ideia da cultura, que ressalta a relação entre percepção-ação, heterogeneidade e subjetividade, tem várias implicações na nova visão sobre saúde-doença.

A doença como processo e como experiência

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

A interpretação do significado da doença emerge do seu processo. Assim, para entender a percepção e o significado, é necessário

acompanhar todo o episódio da doença: o seu itinerário terapêutico e os discursos dos participantes envolvidos em cada passo da sequência de eventos. O significado emerge deste processo entre percepção e ação.

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

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

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

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

Acompanhe cada um deles:

- **Reconhecimento dos sintomas:** os eventos começam com o reconhecimento do estado de doença baseado nos sinais que indicam que o todo não vai bem. Segundo Jaqueline Ferreira (1994), médica-antropóloga, a definição dos sinais que são reconhecidos como indicadores de doença depende da cultura. Esses não são universais, como pensados no modelo biomédico. Cada cultura reconhece sinais diferentes que indicam a presença de doença, o diagnóstico, as possíveis causas e o prognóstico. Diferente da biomedicina, os sinais da doença não

estão restritos ao corpo ou aos sintomas corporais. O contexto, seja das relações sociais, seja do ambiente natural, faz parte também de possíveis fontes de sinais a serem considerados na tentativa de identificar a doença, suas causas e seu significado. A procura de sinais fora do corpo é particularmente comum nas doenças sérias, nas quais o doente quer entender o porquê de estar sofrendo.

- **Diagnóstico e escolha de tratamento:** uma vez que um estado de mal-estar é reconhecido como doença, o processo diagnóstico se institui para que as pessoas envolvidas possam decidir o que fazer. Esse momento inicial, normalmente, acontece dentro do contexto familiar, onde os membros da família negociam entre eles para chegar a um diagnóstico que indicará qual tratamento deve ser escolhido. Se não chegam a um diagnóstico claro, pelo menos procuram um acordo, por meio da leitura dos sinais da doença, de qual tratamento deve ser escolhido. No caso de se tratar de uma doença leve e conhecida, a cura pode ser um chá ou uma visita à unidade de saúde. No caso de uma doença séria, com sintomas anômalos ou interpretada como resultante de um conflito nas relações sociais ou espirituais (por exemplo, quebra de tabu), talvez a benzedeira, o pai de santo, o xamã ou outro especialista em acertar relações sociais será escolhido primeiro.
- **Avaliação do tratamento:** uma vez feito o tratamento, as pessoas envolvidas avaliam os seus resultados. Em casos simples, a doença desaparece depois do tratamento e todos ficam satisfeitos, mas, frequentemente, a doença continua. Assim, é preciso rediagnosticar a doença, baseado na identificação de novos sinais ou na reinterpretação dos sinais reconhecidos anteriormente. Com o novo diagnóstico, outro tratamento é selecionado, realizado e avaliado. Essas etapas se repetem até que a doença seja considerada terminada. Casos graves ou prolongados envolvem vários eventos de diagnóstico, tratamento e subseqüentes avaliações. Muitas vezes a doença se torna uma crise que ameaça a vida e desafia o significado da existência. Muitas pessoas e muitos grupos são mobilizados no processo terapêutico e os significados da doença no contexto mais abrangente (relações sociais, ambientais e espirituais) são explorados. Por meio dos episódios da doença, envolvendo diagnósticos, tratamentos e avaliações sucessivas, as pessoas procuram os sinais extracorporais, tais como nas relações sociais ou nos movimentos cosmológicos, por exemplo, para compreender a experiência do sofrimento.

O processo terapêutico não é caracterizado por um simples consenso, sendo mais bem entendido como uma seqüência de

decisões e negociações entre várias pessoas e grupos de pessoas, com interpretações divergentes a respeito da identificação da doença e da escolha da terapia adequada. As divergências podem ocorrer porque os sinais de uma doença são ambíguos por natureza, levando a diferentes interpretações sobre suas manifestações. Na teoria, a classificação das doenças, segundo seus sintomas, pode ser bem organizada em categorias discriminadas, sem aparência de ambiguidade. Na prática, porém, um sinal de doença não é, necessariamente, claro e fácil de interpretar, devido à sua manifestação ambígua.

Diferentes diagnósticos de uma mesma doença aumentam, consideravelmente, quando os participantes no processo representam diferentes conhecimentos, experiências e interesses sobre o caso em pauta.

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

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

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

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

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

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

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

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

Voltando ao tema da gravidez, Heloísa Paim (1998), pesquisadora do Núcleo de Pesquisa em Antropologia do Corpo e da Saúde, pesquisou um grupo de mulheres de baixa renda, em Porto Alegre, Rio Grande do Sul. Como outros estudiosos sobre o tema, ela argumenta que a gravidez e a maternidade não se esgotam apenas como fatores biológicos, mas remetem ao universo simbólico em que a mulher vive. Nesse sentido, a experiência do corpo grávido abrange dimensões que são construídas cultural, social, histórica e afetivamente. A percepção e a valorização do corpo grávido são baseadas na experiência social, no papel feminino ideal dentro do grupo. Assim, diferente de muitas mulheres de classe média, as

mulheres participantes da pesquisa descrevem a experiência em função de suas grandes responsabilidades junto à família. Para elas, os incômodos durante a gravidez, as dores intensas do parto e as marcas corporais são descritos com orgulho, em função da imagem da mulher valente, e não da mulher frágil.

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

Práticas de autoatenção

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

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

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

uma parte destas formas de atenção em atividades de ‘autoatenção’, sendo que a autoatenção constitui não só a forma de atenção mais frequente, mas o principal núcleo de articulação prática das diferentes formas de atenção, a maioria das

quais não pode funcionar completamente se não se articula com o processo de autoatenção (p. 190-191).

Para esse antropólogo, portanto, a primeira forma de atenção é a autoatenção, centrada nos sujeitos e na coletividade, e ele conceitua autoatenção como:

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

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

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

Assim como os pioneiros que fundaram o campo da Antropologia da Saúde, ele reconhece que todas as culturas desenvolvem seus valores, saberes e práticas sobre a saúde e que estes são compartilhados pelos membros do grupo. No cotidiano, várias atividades são práticas, segundo os preceitos de como é viver bem e do que é uma vida saudável para o conjunto social e para o indivíduo.

E mais, a saúde, no sentido *lato* ou amplo, não pode ser separada da vivência em grupo.

Menéndez (2003, 2009) ainda destaca que a autoatenção pode ser pensada em um sentido amplo (*lato*) e em um sentido restrito. O primeiro refere todas as atividades que asseguram a reprodução biossocial dos sujeitos e grupos sociais, como alimentação, regras de

limpeza, formas de obtenção e uso da água, regras de parentesco, rituais de passagem (nascimento, casamento, morte), proibições e tabus, festas etc., não havendo intencionalidade para o processo saúde-doença-atenção (s-d-a). Trata, portanto, da continuidade do grupo e da vivência coletiva, aspectos não reconhecidos pelo modelo de atenção biomédica.

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

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

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

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

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

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

Vamos lembrar alguns pontos essenciais?

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

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

Nesta lição, procuramos demonstrar que a Antropologia, atualmente, conceitua a saúde como o resultado da articulação entre o biológico, o cultural e a experiência subjetiva. Esperamos que uma visão mais ampla dos processos saúde-doença possa estimular os profissionais de saúde a refletirem sobre suas práticas e seu conhecimento.

A noção de doença como experiência tem outra implicação para a prática clínica. É necessário enxergar os usuários como seres humanos que retêm informações importantes sobre suas aflições. Não estamos dizendo que o médico, o enfermeiro ou o farmacêutico devam se tornar antropólogos. Antropologia, antes de tudo, é um método para conhecer o outro e não um acúmulo de dados **etnográficos**⁶ exóticos. É necessário que o profissional ouça o usuário, permitindo que ele fale sobre sua experiência, expressando, nas suas palavras, o que está acontecendo e como ele está percebendo seu corpo e o significado da doença.

Falando em gestão

Ouvir é uma ação muito importante para a gestão. Uma das mais importantes ferramentas de gestão, a negociação, é pautada, sobretudo, no ato de ouvir. Só ouvindo você poderá compreender o desejo do outro. Uma condução democrática requer o exercício da “escuta”. Mas o ato de ouvir, de escutar, não é simplesmente ficar em silêncio. Eu posso estar calado, mas não estou ouvindo o que o outro diz. Só escuto quando “considero” o que o meu interlocutor diz. Considerar significa respeitar, procurar entender sua lógica, sua racionalidade, em síntese: os valores que orientam o seu pensamento. Infelizmente presenciamos muito mais o “silêncio” do que a “escuta” em nossas organizações, em nosso trabalho.

Existe uma fábula milenar chamada Sons da Floresta, de autor desconhecido, que estamos disponibilizando para você ler e, após a leitura, refletir sobre o ato de gerência, sobre os requisitos de um bom administrador. Leia e depois reflita sobre:

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

Um gerente precisa exercitar muito todos os sentidos, entender todas as formas de expressão, ter uma sensibilidade aguçada para poder conhecer, de forma mais ampla possível, a realidade em que atua. Conhecer as pessoas com quem trabalha. E, para conhecer “gente”, é preciso ouvir o inaudível, isto é, observar outras formas de expressão. Às vezes, o corpo diz mais do que as palavras...Pense nisso! Lembre-se de que as relações humanas envolvem poder, e este se manifesta em diferentes situações. Continue com a leitura da unidade e você terá outras evidências do que estamos falando.



Ambiente Virtual

Você encontrará o texto *Sons da Floresta* na Biblioteca.

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

A cultura é importante para guiar a interpretação do processo e dar maior significado aos sintomas e aos resultados.

Para finalizar esta lição, concebemos o encontro entre o profissional de saúde e o doente como um evento, relacionado às diferenças de poder. Em geral, o profissional presume que ele tem o papel de modificar o comportamento do doente. De fato, ele, normalmente, tem mais poder no encontro médico, e, frequentemente, exhibe atitudes avaliativas que rotulam o usuário como errado por não seguir suas instruções como deveria. Podemos pensar algumas dessas avaliações como etnocêntricas – tais como, dizendo que o usuário não tem educação, é relaxado, ou que, em alguns casos, é ignorante, age segundo crenças erradas e que não tem a cultura adequada para entender as instruções.

O etnocentrismo é a atitude pela qual um indivíduo ou um grupo social considera sua cultura como sistema de referência, julga outros indivíduos ou grupos à luz dos seus próprios valores. O etnocentrismo pressupõe que o indivíduo ou grupo de referência se considera superior àqueles que ele julga, e também que o indivíduo ou grupo etnocêntrico tenha um conhecimento muito limitado dos outros, mesmo que viva na sua proximidade. A atitude etnocêntrica é aquela que, normalmente, temos quando pensamos nos costumes dos outros, mas não entendemos o porquê deles. Quando julgamos costumes alimentares (como comer insetos ou comer sem o auxílio de talheres), modos de se vestir (como cobrir completamente a cabeça) e práticas de cuidado com o corpo (como não tomar banho todos os dias), classificando-os como errôneos, estamos sendo etnocêntricos. A perspectiva cultural requer que a pessoa tente abandonar esses julgamentos etnocêntricos e venha a olhar a cultura

segundo seus próprios valores e costumes, reconhecendo que são integrados em um sistema cultural, em uma visão do mundo. Esse relativismo cultural nos permite entender o porquê das atividades e dos saberes, segundo a lógica e integração da cada cultura em si mesma. Quando relativizamos, estamos afirmando que todos os sistemas culturais são, intrinsecamente, iguais em valor e que os aspectos característicos de cada um têm que ser avaliados e explicados dentro do contexto do sistema em que aparecem.

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

Lição 2 - O uso de medicamentos sob o foco da Antropologia

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



Reflexão

Como repensar alguns conceitos que cercam o uso dos medicamentos?

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

A perspectiva biomédica é a que aprendemos durante nossa formação e, embora ela nos dê suporte para as ações e os serviços de saúde que envolvem os medicamentos, seus conhecimentos, muitas vezes, não são suficientes quando desejamos que nossas intervenções promovam a adesão e o uso racional, por exemplo. Além do mais, para que a integralidade da atenção à saúde se concretize, é fundamental que nossas competências e habilidades sejam, também, mediadas por saberes de outros campos científicos, que são muito importantes para ampliar nossa compreensão sobre os medicamentos e seus usos.

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

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

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

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

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



Podemos citar, como exemplo de análises macropolíticas e macroeconômicas, documentos que vêm sendo produzidos pela Organização Mundial da Saúde, tal como *The World Medicines Situation Report*, já em sua terceira edição, de 2011. Disponível em: <http://www.who.int/medicines/areas/policy/world_medicines_situation/en/index.html>

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

A seguir, exploramos alguns conceitos, muito utilizados pelo modelo biomédico, procurando abordá-los a partir de uma dimensão sociocultural.

Adesão

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

- *compliance* é quando o comportamento do paciente corresponde às recomendações médicas;
- *adherence* enfatiza que o paciente é livre para decidir se segue ou não as recomendações médicas; e

- *concordance*, termo relativamente novo na literatura, é uma combinação obtida após negociação entre o paciente e o profissional de saúde, respeitando as crenças e os desejos do primeiro em decidir se, quando e como os medicamentos serão tomados.

O uso de um ou outro termo, segundo Horne e colaboradores (2005), denota diferentes relações, sendo que *compliance* indica que o prescritor decide o tratamento e as instruções apropriadas, e o paciente obedece, se submete passivamente; a *noncompliance* “pode ser interpretada como incompetência do paciente em seguir as instruções, ou pior, como comportamento desviante” (p. 33). Já, *adherence* envolve a autonomia do paciente e a *nonadherence* não é motivo para culpabilizá-lo. *Concordance* é “uma aliança na qual o profissional de saúde reconhece a primazia da decisão do paciente sobre tomar a medicação recomendada” (p. 33). Os autores optam pelo termo *adherence*, pois é “adequado e benéfico caso envolva um processo que permite aos pacientes decidirem e uma apropriada escolha de medicamento feita pelo prescritor” (HORNE *et al.*, 2005, p. 13), isto é, os medicamentos são indicados corretamente e o paciente adere de forma consciente.

A adesão aos medicamentos, normalmente, é tratada na perspectiva biomédica, sendo que a não adesão é considerada um problema. Muitos estudos vêm sendo desenvolvidos sob esse olhar, desde os anos 1960, e a medida da adesão tem especial interesse, pois indicaria o quanto o usuário do medicamento segue a prescrição médica.

Não há um padrão-ouro para medir adesão, dividindo-se as medidas em diretas e indiretas.

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

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

Explorando um pouco esses métodos quantitativos de medida da adesão aos medicamentos, Silvana Nair Leite e Maria da Penha Vasconcellos (2003) criticam o seu caráter invasivo, que desconsidera o “direito do paciente de decidir sobre o seu corpo” (p. 780),

dizendo, além disso, que os questionários ou mesmo a contagem de medicamentos são métodos superficiais, pois têm potencial de constranger e pressionar o paciente e de induzi-lo a responder o que seria correto do ponto de vista de quem aplica o método.

Estudar adesão sob o ponto de vista dos sujeitos, por outro lado, demonstra que eles podem ter boas razões para usar os medicamentos de maneira diversa daquela recomendada pelo prescritor. Peter Conrad (1985), em seu estudo de três anos, com **homens e mulheres**⁷ de 14 a 54 anos, portadores de epilepsia, concluiu que, do ponto de vista dos epiléticos, a manipulação do tratamento medicamentoso era mais autorregulação do que adesão/submissão (*compliance*) ao tratamento.

A autorregulação é mais do que uma reação aos efeitos adversos: é uma tentativa intencional e ativa dos sujeitos no uso de medicamentos. O estudo apontou que, dos 80 entrevistados, 42% se autorregulavam, tendo como critérios: reduzir ou aumentar a dose diária por semanas ou mais; pular ou tomar doses extras, regularmente, em situações específicas (quando bebe ou fica acordado, sob estresse); parar completamente os medicamentos por três dias consecutivos ou mais. A razão para tomar medicamentos era instrumental, pois controlava convulsões ou reduzia a probabilidade de má função do corpo; era psicológica, reduzindo preocupações com as convulsões, independente do número destas; era para assegurar normalidade, ou seja, levar uma vida normal, acreditando que, ao tomar medicamentos, se evitaria o risco de ter convulsões na frente dos outros (CONRAD, 1985).

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

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

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

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

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

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

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

Os medicamentos eram considerados, de maneira geral, mais fortes do que os remédios do mato (em geral preparados com plantas) e, por isso, a sua utilização precisava ser modificada, diminuindo, por exemplo, o número de gotas ou de frascos a serem tomados. Medicamentos que eram prescritos para serem usados mais de três vezes ao dia, dificilmente eram administrados à risca, adotando-se um regime mais conveniente às necessidades e atividades cotidianas (por exemplo, compatível com idas à roça). Os tratamentos com injeção também demonstraram o quanto experiências prévias definem os modos de adesão. Segundo um Kaingáng, já idoso, “nós já estamos tudo queimado de injeção. Dizem que com um certo tempo faz mal, estraga o sangue” (DIEHL, 2001, p. 143); por isso, justificou ele, preferia usar o remédio do mato. Para outro, as injeções deixam a pessoa fraca. Uma mulher considerou a injeção mais forte que o comprimido e relacionou o aparecimento de desmaios, no filho de três anos, com uma sequência de injeções aplicadas no posto de saúde da aldeia – o menino passou, então, a ser tratado com o anticonvulsivante Tegretol®, receitado por um neurologista. Outra Kaingáng, ao relatar doença que um dos filhos teve aos cinco anos, culpou a injeção, que havia deixado o filho paraplégico. Já, outra salientou que, antigamente, na unidade de saúde da aldeia davam

muita injeção, mas que, agora, somente consultando; para ela, a injeção é mais forte e mais rápida, porém provoca muita dor. Da mesma maneira, outra mulher decidiu, por causa da dor, tomar só uma dose de Penicilina® por dia, quando haviam sido prescritas duas doses ao dia. Essas percepções, que indicam claramente uma ambiguidade em relação às injeções, podem explicar por que as aplicações, para serem feitas na unidade de saúde da aldeia, nem sempre foram cumpridas completamente pelos indígenas, contradizendo o argumento de Anne Reeler (1990) sobre o maior controle do profissional de saúde na adesão às injeções.

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

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

Eficácia

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

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

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

Confira, a seguir, uma explicação sobre cada efeito. Acompanhe!

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

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

A compreensão da eficácia como construção cultural, tema debatido por antropólogos de diferentes correntes teóricas, como Victor Turner (1980), Claude Lévi-Strauss (1989) e Nina Etkin (1988), faz a discussão ganhar contornos muito mais elaborados, já que permite interpretá-la de dentro, ou seja, do ponto de vista **êmico**⁸. Para Nina Etkin (1988, p. 300), “a perspectiva êmica (local) é específica à cultura e consistente com a ideologia da sociedade sob estudo”.

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

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

As diferentes ideias e concepções de saúde, doença e cura afetam as maneiras pelas quais os medicamentos e remédios são usados e avaliados pelos indivíduos. Para Nina Etkin (1992), em alguns casos, o que é considerado efeito adverso ou colateral pela medicina ocidental é adotado por outro sistema terapêutico como um requisito que faz parte do processo de cura. Desta forma, vômitos, diarreias, pruridos ou salivação decorrentes do uso de um medicamento podem indicar, por outro lado, que a doença e seus agentes estão sendo expulsos do corpo.

Ou seja, os sujeitos e grupos sociais constroem os significados para a experiência da doença, criando uma linguagem que pode assimilar elementos de outras formas de atenção.

Esse processo dinâmico, no qual os medicamentos ocidentais tornam-se imbuídos das qualidades culturais e da história de uma determinada sociedade, foi chamado, por Arthur Kleinman (1980), de indigenização; ou de reinterpretação, por antropólogos como Nina Etkin (1992). A forma farmacêutica dos medicamentos é considerada uma das principais características na escolha de um medicamento, passível de reinterpretação cultural.

Comprimidos, cápsulas, injeções, gotas, pomadas, entre outras, têm sua **eficácia**⁹ medida e comparada, de acordo com o contexto cultural e com as representações e experiências no processo saúde-doença-atenção.

Por exemplo, Mark Nichter (1980) observou que os líquidos para uso oral são bastante populares, em regiões da Índia, para fraqueza e anemia, pois são percebidos com a capacidade de juntar-se prontamente ao sangue, sendo, assim, considerados ótimos para

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

grávidas. Porém, a população pesquisada apresentou outras percepções: comprimidos não são adequados para elas, pois reduzem a capacidade digestiva e podem causar doenças no feto. A cor escura, tendendo ao preto, é poderosa e boa para vômito, febre e ataques, mas não para desordens digestivas, fraqueza ou anemia, o que torna, por exemplo, os comprimidos escuros de sulfato ferroso impopulares para grávidas e pessoas anêmicas. Medicamentos vermelhos são quentes e apropriados para reduzir a tosse e o resfriado, assim como para produzir mais sangue. Os amarelos também são quentes e como tópicos têm ação purificadora. Os sabores adstringente e amargo são frios; o sal é perigoso para os ossos; e o sabor acre é um bom digestivo e próprio para tosse, mas não para doenças cutâneas, reumáticas ou do trato urinário. Enfatizou esse autor que, muitas vezes, o especialista utilizava a estratégia de combinar medicamentos com diferentes características, visando contrabalançar os efeitos adversos de cada um.

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

Marlene Novaes (1996, 1998) observou, entre os indígenas Wari de Rondônia, no Brasil, a manipulação simbólica dos medicamentos, transformando-os em correlatos dos remédios nativos que operam no nível causal das doenças, sendo coadjuvantes dos atos xamânicos na eliminação das causas. Assim, os medicamentos são usados antes da cura xamânica como terapia de alívio sintomático das doenças, como, por exemplo, na eliminação da febre, pois o xamã só age depois de excluir a febre do corpo. Para os Wari, a maioria das doenças graves e/ou crônicas são explicadas a partir da atuação do *jamikarawa*, que compõe uma categoria de seres que não possuem um corpo humano, tratando-se de animais que assumem um espírito (*jam*) definidor da pertinência no mundo dos Wari gente,

ou seja, são ancestrais mortos dos Wari que incorporaram seu *jam* em um corpo animal. As terapias tradicionais Wari de uso da fumaça e de aromas são eficazes, pois entorpecem o *jamikarawa*, facilitando a ação do xamã. Da mesma maneira, medicamentos que exalam odores e/ou desprendem cheiro do corpo do doente, como antibióticos, quimioterápicos, expectorantes balsâmicos e Vick-vap-o-rub®, deixam o *jam* do animal agressor tonto e o *jamikarawa* não pode investir contra o xamã; as injeções e os soros endovenosos enfraquecem o *jam* do animal malfeitor porque, ao sacrificarem muito o corpo do doente, agridem o *jam* do animal que, descontente, vai embora voluntariamente.

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

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

causam dor, endurecimento do membro, o que pode impedir para o trabalho, e podem até causar outras doenças, como já salientado antes, na discussão sobre a adesão.

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

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



Links

Para saber mais sobre as recomendações da OMS ao tratamento de diarreias, acesse:

<http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/9241593180.pdf>

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

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

Por exemplo, a filha menor de uma delas consultou quatro vezes no período de setembro de 1999 a fevereiro de 2000, as duas primeiras vezes com infecção aguda das vias aéreas superiores e as duas últimas com diarreia; em todas as consultas foram prescritos medicamentos. A mãe demonstrou descrédito com o pediatra do posto, comparando quando levava a outro médico, que receitava medicamento, e os filhos logo saravam. O descontentamento referia-se ao fato de que o médico do posto “só dava soro” (sais de reidratação oral) para a diarreia, que, na sua opinião, deixava a criança “desnutrida”. Em um episódio de diarreia, segundo ela, provocado pela carne de galinha que a menina comera, deu um pouco de sulfa três vezes, mesmo sabendo que para “sara bem tem que dar 2 ou 3 vidros”. Ela considerava a sulfa fraca e por isso “tem que misturar com chá” [da casca de pitanga]. Outras mães citaram o gosto desagradável do “sorinho”, o que não incentivava as crianças a tomarem a preparação.

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

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

A médica-antropóloga Jaqueline Ferreira (1998) observou que, para as mulheres de uma vila de Porto Alegre, a eficácia dos contraceptivos

orais está relacionada ao fato de que “os comprimidos ficam ao redor do útero e quando termina de tomar eles saem todos na menstruação” (p. 54), ou seja, sua ação é mecânica e não química, conforme o mecanismo de ação farmacologicamente definido.

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

A fluoxetina passou a fazer parte de seu cotidiano:

É uma coisa assim bem engraçada porque o comprimido na realidade, ele tem me ajudado muito assim, ele tornou, pra mim, meu melhor amigo. Se eu vou pro centro, eu levo o comprimido, se eu vou viajar eu levo o comprimido... Qualquer lugar que eu vá, eu levo o comprimido, porque eu não sei né se eu vou ficar ou se eu vou voltar... Eu não posso deixar acontecer (p. 354).

Ela também deixou claro que não pretendia largar o tratamento:

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

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

Uso racional e automedicação com medicamentos

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

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

Desde então, países membros têm formulado políticas que contemplam a questão, como o Brasil, a exemplo da Política Nacional de Medicamentos e da Política Nacional de Assistência Farmacêutica, assunto já abordado no Módulo 2 - *Políticas de saúde e acesso aos medicamentos*.

A definição da OMS contempla:

- a prescrição, ou seja, o prescritor deve receitar medicamentos quando necessário e corretamente para cada situação específica de doença;
- a entrega do medicamento, que deve ocorrer de acordo com padrões farmacêuticos adequados; e
- o seu uso, que deve seguir o recomendado na prescrição.

Porém, mesmo que o conceito da OMS contemple diferentes sujeitos e grupos sociais (o prescritor, o dispensador/entregador e o usuário), o uso de medicamentos fora dos padrões farmacológicos comprovados é, normalmente, tratado pelo setor saúde de modo a **culpabilizar**¹⁰ o usuário, acusando-o de **“irracional”**¹¹.

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

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

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

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



Reflexão

E a automedicação? O que tem a ver com tudo isso?

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

Para o antropólogo Menéndez (2003, 2009), a automedicação é uma das principais atividades de autoatenção, ampliando a noção, comumente divulgada, de que ela se refere somente aos medicamentos da indústria químico-farmacêutica. Para ele, o uso de plantas medicinais, de bebidas alcoólicas, de maconha etc., e de outras atividades (como massagens), acionadas de modo intencional para controle, alívio, solução, cura ou prevenção de processos que afetam a saúde, são também práticas de automedicação.

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

A prática da automedicação demonstra a dinâmica da autonomia dos grupos sociais em desenvolver formas de autoatenção influenciadas, mas não controladas, pelos profissionais de saúde. Segundo Menéndez (2003,2009), a automedicação com medicamentos é a decisão, mais ou menos autônoma, de utilizar determinados fármacos sem a intervenção direta ou imediata dos profissionais de saúde, pressupondo que há um saber sobre o processo saúde-doença-atenção que afeta a maneira como os medicamentos são usados e avaliados, conforme já discutimos na lição 1 desta unidade. Para Esther Jean Langdon (2003), os sujeitos e grupos sociais constroem significados para a experiência da doença, o que possibilita uma linguagem e práticas que, conforme Menéndez (2003), podem assimilar elementos de outras formas de atenção à saúde, como da biomedicina e das medicinas “tradicionais” ou “populares”.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

O resultado de um exame apontando glicemia normal ou próxima da normalidade é interpretado como justificativa para a redução da medicação ou o consumo de comidas, geralmente, não aconselhadas, tais como os doces ou as frituras. A dieta sem açúcar

e com pouca gordura recebe ênfase especial nos encontros com os profissionais, mas para as pessoas com DM, comer é um ato social que faz parte das relações de amizades e das atividades festivas que são vistas como essenciais para a saúde. A flexibilidade da dieta é resultado dos valores associados às práticas de sociabilidade da comunidade, que, na definição de Menéndez (2003, 2009), fazem parte das práticas de autoatenção no sentido amplo.

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



Ambiente Virtual

Para saber mais sobre a pesquisa de Hildebrando Haak, recomendamos a leitura do artigo *Padrões de consumo de medicamentos em dois povoados da Bahia (Brasil)*, publicado no periódico Revista de Saúde Pública. O artigo está disponível na Biblioteca.

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

Análise Crítica

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

A unidade *Contexto sociocultural do uso de medicamentos* do Módulo 5, finalizada agora, procurou enfatizar que não podemos ignorar que a biomedicina compõe mais um possível conjunto de valores, conhecimentos e práticas para a ação sobre o processo saúde-doença-atenção, dentre outros inúmeros conjuntos de valores, conhecimentos e práticas. Como profissionais de saúde, é importante não assumir posições etnocêntricas, pois julgar os outros a partir de nossas próprias referências culturais e valores nos cega para as variadas maneiras, muitas vezes criativas, que uma pessoa ou comunidade, com a qual, cotidianamente, nos relacionamos nos serviços de saúde, utiliza em suas decisões sobre sua saúde.

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



Ambiente Virtual

Concluimos os estudos desta unidade. Acesse o AVEA e confira as atividades propostas.

Referências:

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

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

BRASIL. CNE – Conselho Nacional de Educação. Resolução CNE/CES n. 2/2002. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Farmácia. **Diário Oficial da União**, Brasília, 4 de março de 2002. Seção 1, p. 9.

CECCHETTO, F.; MORAES, D. R.; FARIAS, P. S. Hipermasculinidade e riscos à saúde: discursos sobre o uso de esteroides anabolizantes entre homens jovens. In: **IX Reunião de Antropologia do Mercosul**, Curitiba, Paraná, 2011. Anais.

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

Da MATTA, R. Você tem cultura? In: **Explorações: Ensaio de Sociologia Interpretativa.** Rio de Janeiro: Rocco, 1986. Disponível em: <<http://www.furb.br/site/arquivos/788660-650601/vocetemcultura.pdf>>. Acesso em: 08 agosto 2010.

DIEHL, E.E. **Entendimentos, Práticas e Contextos Sociopolíticos do Uso de Medicamentos entre os Kaingáng (Terra Indígena Xapecó, Santa Catarina, Brasil).** 2001. 230 f. Tese (Doutorado em Ciências) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2001.

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

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

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

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

ELSEN, I. **Concepts of Health and Illness and Related Behaviors among Families Living in a Brazilian Fishing Village**. 1984. Thesis (Philosopher Doctor) - University of California, San Francisco, 1984.

ETKIN, N. L. Cultural constructions of efficacy. In: VAN DER GEEST, S.; WHYTE, S. R. **The Context of Medicines in Developing Countries Studies in Pharmaceutical Anthropology**. Dordrecht: Kluwer Acad. Publ., 1988. p. 299-326.

ETKIN, N. L. “Side effects”: Cultural constructions and reinterpretations of Western Medicine. **Medical Anthropology Quarterly**, v. 6, n. 2, p. 99-113, 1992.

ETKIN, N. L.; ROSS, P. J.; MUAZZAMU, I. The indigenization of pharmaceuticals: therapeutic transitions in rural hausaland. **Social Science and Medicine**, v. 30, n. 8, p. 919-928, 1990.

FERREIRA, J. O corpo signico. In: ALVES, P. C.; MINAYO, M. C. S. (org.) **Saúde e Doença** – um olhar antropológico. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994. p.101-112.

FERREIRA, J. Cuidados do corpo em vila de classe popular. In: DUARTE, L. F. D.; LEAL, O. F. (org.). **Doença, Sofrimento, Perturbação**: perspectivas etnográficas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998. p. 49-56.

FRANCIONI, F. F. **Compreendendo o processo de viver com Diabetes Mellitus em uma comunidade de Florianópolis, Santa Catarina**: Das práticas de Autoatenção ao apoio social. 2010. 179 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

GEERTZ, C. **A Interpretação das Culturas**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1989.

GREENHALGH, T. Drug prescription and self-medication in India: an exploratory survey. **Social Science and Medicine**, v. 25, n. 3, p. 307-318, 1987.

HAAK, H. Padrões de consumo de medicamentos em dois povoados da Bahia (Brasil). **Revista de Saúde Pública**, v. 23, n. 2, p. 143-151, 1989.

HARDON, A. P. The use of modern pharmaceuticals in a Filipino Village: doctor's prescription and self medication. **Social Science and Medicine**, v. 25, n. 3, p. 277-292, 1987.

HORNE, R.; WEINMAN, J.; BARBER, N.; ELLIOTT, R.; MORGAN, M. **Concordance, adherence and compliance in medicine taking** – Report for the National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organization R & D. London: NHS, 2005. Disponível em: <http://www.medslearning.leeds.ac.uk/pages/documents/useful_docs/76-final-report%5B1%5D.pdf>. Acesso em: 20 julho 2011.

KLEINMAN, A. **Patients and Healers in the Context of Culture**. Berkeley: University of California Press, 1980.

LANGDON, E. J. Cultura e os Processos de Saúde e Doenças. In: **Anais do Seminário Cultura, Saúde e Doença** (L.S. Jeolás, M. Oliveira, org.). Londrina, Ministério da Saúde, Universidade Estadual de Londrina e Secretaria Municipal de Ação Social/Prefeitura Municipal de Londrina, 2003. p. 91-107.

LEITE, S. N.; VASCONCELLOS, M. P. C. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n. 3, p. 775-782, 2003.

LEVIS-STRAUSS, C. **Antropologia Cultural**. 3 ed. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1989.

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

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

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

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

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

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

NOVAES, M. R. **A Caminho da Farmácia**: Pluralismo Médico entre os Wari' de Rondônia. 1996. 254 f. Dissertação (Mestrado em Antropologia) - Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1996.

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

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

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

PAREDES, P.; LA PEÑA, M.; FLORES-GUERRA, E.; DIAZ, J.; TROSTLE, J. Factors influencing physicians' prescribing behaviour in the treatment of childhood diarrhoea: knowledge may not be clue. **Social Science and Medicine**, v. 42, n. 8, p. 1141-54, 1996.

PAULILO, M. I. O peso do Trabalho Leve. **Ciência Hoje**, v. 5, n. 28, p. 64-70, 1987. Disponível em: <www.cfh.ufsc.br/~naf/doc/OPesodoTrabalhoLeve.doc>. Acesso em: 08 agosto 2010.

PELLEGRINI, M. **Falar e Comer**: Um Estudo sobre os Novos Contextos de Adoecer e Buscar Tratamento entre os Yanomamê do Alto Parima. 1998. 150 f. Dissertação (Mestrado em Antropologia) - Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1998.

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

QUEIROZ, M. S. Estratégias de consumo em saúde entre famílias trabalhadoras. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 9, n. 3, p. 272-282, 1993.

QUEIROZ, M. S. Farmacêuticos e médicos: um enfoque antropológico sobre o campo de prestação de serviços de saúde em Paulínea. In: ALVES, P. C.; MINAYO, M. C. (org.) **Saúde e Doença** - Um Olhar Antropológico. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994. p. 153-166.

REELER, A. V. Injections: a fatal attraction? **Social Science and Medicine**, v. 31, n. 10, p.1119-25, 1990.

ROZEMBERG, B. O consumo de calmantes e o “problema de nervos” entre lavradores. **Revista de Saúde Pública**, v. 28, n. 4, p. 300-308, 1994.

SCHWADE, E. Neo-esoterismo no Brasil: Dinâmica de um Campo de Estudos. **Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais**, n. 61, p. 5-24, 2006.

SILVEIRA, M. L. **O Nervo Cala, O Nervo Fala**: A Linguagem da Doença. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

TROSTLE, J. Inappropriate distribution of medicines by professionals in developing countries. **Social Science and Medicine**, v. 42, n. 8, p. 117-20, 1996.

TURNER, V. Un doctor Ndembu en accion. In: TURNER, V. **La Selva de los Simbolos** - aspectos del ritual Ndembu. Espanha: Siglo Veintiuno, 1980.

VAN DER GEEST, S. Pharmaceutical in the Third World: the local perspective. **Social Science and Medicine**, v. 25, n. 3, p. 273-76, 1987.

VAN DER GEEST, S. Pharmaceutical Anthropology: Perspectives for Research and Application. In: VAN DER GEEST, S.; WHYTE, S. R. (ed.). **The Context of Medicines in Developing Countries - Studies in Pharmaceutical Anthropology**. Dordrecht: Kluwer Acad. Publ., 1988. p. 329-66.

VAN DER GEEST, S.; WHYTE, S. R. (ed.). **The Context of Medicines in Developing Countries** - Studies in Pharmaceutical Anthropology. Dordrecht: Kluwer Acad. Publ., 1988.

VAN DER GEEST, S.; WHYTE, S. R.; HARDON, A. The anthropology of pharmaceuticals: a biographical approach. **Annual Review of Anthropology**, v. 25, p. 153-78, 1996.

WHYTE, S. R.; VAN DER GEEST, S.; HARDON, A. Woman in distress: medicines for control. In: WHYTE, S. R.; VAN DER GEEST, S.; HARDON, A. (org.). **Social lives of medicines**. Cambridge: Cambridge University Press, 2002. p. 50-63.

Autores

Eliana Elisabeth Diehl

Formou-se em Farmácia em 1988, fez mestrado em Ciências Farmacêuticas (1992) pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul, doutorado pela Escola Nacional de Saúde Pública (2001) da Fundação Oswaldo Cruz e pós-doutorado em Antropologia Médica (2013-2014) pela Universitat Rovira i Virgili (Tarragona, Espanha). É professora no Curso de Farmácia da Universidade Federal de Santa Catarina desde 1991, atuando na graduação, nas disciplinas de Farmacotécnica Homeopática e de Estágio Supervisionado em Farmácia; e na pós-graduação, no Programa de Pós-Graduação em Assistência Farmacêutica. Desenvolve pesquisa interdisciplinar, utilizando referenciais teórico-metodológicos da Antropologia, da Saúde Coletiva e das Ciências Farmacêuticas, especialmente em temas da saúde indígena e da assistência farmacêutica. Ainda, desenvolve atividades de extensão, principalmente, em assistência farmacêutica.

<http://lattes.cnpq.br/7240894306747562>

Esther Jean Langdon

Nasceu nos Estados Unidos e vive no Brasil desde 1983, quando veio para Florianópolis. Fez mestrado em Antropologia (1968) pela University of Washington, doutorado em Antropologia (1974) pela Tulane University of Louisiana e pós-doutorado pela Indiana University (1994) e University of Massachusetts (2009 e 2013). É professora titular no Departamento de Antropologia da Universidade Federal de Santa Catarina, atuando na graduação e pós-graduação (Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social). Tem experiência na área de Antropologia, com ênfase em cosmologia e saúde, pesquisando, principalmente, nos seguintes temas: antropologia da saúde, saúde indígena, política da saúde indígena, narrativa e performance, xamanismo e cosmologia.

<http://lattes.cnpq.br/8747931503750041>

UNIDADE 2

MÓDULO 5

UNIDADE 2 – DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS

Ementa da Unidade

- Dispensação para o modelo de atenção à saúde vigente no país.
- Dispensação: serviço de saúde.
- Estruturação do serviço de dispensação.
- Estrutura física e recursos humanos.
- Sistema de informação.

Carga horária da unidade: 30 horas.

Objetivos específicos de aprendizagem

- Compreender a dispensação como um serviço farmacêutico dentro de uma concepção centrada no olhar sociocultural, refletindo sua contribuição para o sistema de saúde.
- Reconhecer a importância do serviço de dispensação como um determinante na organização dos serviços de saúde.

Apresentação

Seja bem-vindo à unidade de Dispensação de medicamentos.

Nesta unidade, lançamos mão de ferramentas e dispositivos que direcionam a dispensação para um modelo de serviço, o que não significa “deixar de fazer errado para fazer o certo”, mas aproximar-se de um modelo de trabalho que ressalta o foco na consolidação das redes de atenção à saúde, os vínculos e as corresponsabilizações entre os usuários, trabalhadores e gestores.

Tendo em vista que este Curso tem por finalidade qualificar a gestão da assistência farmacêutica, nesta segunda edição, esta unidade será discutida com duas outras unidades: contexto sociocultural do uso de medicamentos e farmacovigilância; temas estes de extrema importância, considerando que o serviço de dispensação tem como foco assegurar ao usuário do sistema de saúde o uso racional do medicamento e favorecer o acesso ao mesmo.

A estruturação desta unidade compreende conteúdos, textos complementares e atividades, que permitem a você identificar ferramentas existentes, que podem auxiliar a transpor as dificuldades da gestão da dispensação. Apresenta, ainda, subsídios para discussão e reflexão de como entender, avaliar e planejar estratégias para transformar a atividade de dispensação em serviço de dispensação.

O desafio é superar a entrega dos medicamentos e realizar a mudança para o aproveitamento de capacidades para o desenvolvimento de ações que contribuam para os resultados da saúde da população. A complexidade dos atos da prática farmacêutica que o serviço de dispensação pode oferecer pode estar limitada pelas condições de trabalho, como a infraestrutura e a gestão. Porém, a nossa busca, juntamente com você, é oferecer um serviço segundo a necessidade do usuário ou da comunidade, de acordo com os princípios do sistema de saúde. Nosso desafio é a construção de um modelo de serviço de dispensação.

As diferentes unidades deste Curso e os conteúdos desta unidade contribuirão para a construção desses conhecimentos e para a reflexão sobre a importância do desenvolvimento dessas habilidades.

Conteudistas responsáveis:

Noemia Liege Maria da Cunha Bernardo
Lígia Hoepfner

Conteudista de referência:

Noemia Liege Maria da Cunha Bernardo

Conteudistas de gestão:

Silvana Nair Leite
Maria do Carmo Lessa Guimarães

ENTRANDO NO ASSUNTO

Lição 1 - Dispensação: um serviço de saúde

Com esta lição, você será capaz de entender o que é um serviço em saúde, quais são os elementos que caracterizam a dispensação como um serviço e como sistematizar a dispensação para este modelo. Este conceito vem a partir da tese publicada por Soares (2013), onde é proposto um modelo teórico para a dispensação, baseado na realidade do sistema de saúde nacional.

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

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

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

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

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

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

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

Serviço de dispensação: a razão de existir

Vamos entender melhor estes elementos dentro do serviço de dispensação, a partir do marco conceitual e regulatório da dispensação.

No Brasil, o reconhecimento da dispensação ocorreu, em 1973, pela Lei n. 5991, que rege o “controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos”, tendo o foco da ação em disponibilizar o insumo. Cria-se, então, o conceito que dispensação é o fornecimento do insumo. Esse conceito teve

grande influência na determinação do processo e na estruturação da dispensação até os dias atuais, como pode ser visto na revisão realizada por Angonesi (2008), ao concluir que era necessário “fazer chegar o medicamento até o usuário”.

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

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

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

Em 2009, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) publicou a Resolução da Diretoria Colegiada – RDC n. 44, que dispõe sobre as boas práticas farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias. A Resolução reforça a garantia de direito à informação e orientação quanto ao uso, armazenamento, controle dos medicamentos, assim como as responsabilidades do prescritor e do farmacêutico.

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



Reflexão

No seu serviço, a população reconhece a importância da dispensação e percebe a intervenção do farmacêutico? E qual o apoio do(s) gestor(es)?
Quais são os indicadores de qualidade que este serviço está gerando?

Veja um exemplo de relato de experiência exitosa do farmacêutico no SUS (CFF, 2013). O município de Campina Grande (PB) tem uma coordenação da Assistência Farmacêutica, segundo a qual as atividades dos farmacêuticos foram direcionadas para a Atenção primária, e estes foram lotados nos centros de referência dos distritos sanitários e realizam a supervisão das Unidades Básicas de Saúde da Família, criando o cargo de farmacêutico distrital.

Relato de experiência:

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

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

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

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

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

Porém, passado algum tempo pode-se perceber a existência de outro olhar para o trabalho do farmacêutico, havendo inclusive uma busca por essa assistência por parte das equipes. Fator relevante foi à solicitação de ter o profissional farmacêutico mais integrado à equipe, acompanhando diariamente as unidades básicas, com relatos sobre a falta de

conhecimento sobre medicamentos por parte de enfermeiros e auxiliares de enfermagem, além de sobrecarga de trabalho e falta de tempo.

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

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

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

Segundo Pinheiro (2010), para o fortalecimento dos serviços farmacêuticos na atenção primária, é necessário:

- boa gestão de recursos humanos;
- incentivo e reconhecimento do valor dos profissionais;
- procedimentos para a gestão de conflitos e processos participativos;
- responsabilização e representação dos interesses da comunidade;
- modelo de governança baseado no empoderamento;
- incorporação dos serviços farmacêuticos na Atenção Primária à Saúde;

- que as ações sejam intersetoriais, por meio de alianças com atores chave no processo;
- ter apoio político no âmbito local, municipal e, quando for o caso, estadual e nacional;
- ter resultados que impactam na melhoria da qualidade de vida do indivíduo, da família e da comunidade.

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

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



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

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

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

Serviço de dispensação: um processo de decisão envolvido



Reflexão

Com os conceitos apresentados e com a regulamentação da dispensação, atualmente, este serviço está articulado com os demais serviços de saúde? Qual a influência sobre o desfecho na saúde do paciente e nos resultados da saúde?

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

- Prescrição: Dados do prescritor, do usuário e as informações relacionadas aos medicamentos e à validade da receita.
- Estoque: Verificou-se a disponibilidade no estoque.

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

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

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

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

- Oi Dona Francisca, como a senhora está?
- Estou bem, porém meu diabetes anda muito alto.
- Como a senhora sabe?
- Eu estava com muita sede durante a noite e a dor na perna cada vez pior, fui ao médico, ele pediu para fazer exames. Quando eu levei os resultados foi constatado que estava muito alta. Ele me disse que eu preciso fazer dieta, caminhadas e pediu para eu tomar o remédio do diabetes pela manhã, no almoço e no jantar. Antes, eu tomava só pela manhã e à noite.
- A senhora está conseguindo fazer o que o médico pediu?
- Eu estou seguindo a dieta da nutricionista, mas não estou conseguindo caminhar por causa da dor nas pernas e, além disso, tenho muita dificuldade de tomar um remédio do diabetes, porque sinto dor de estômago.
- E a senhora comentou isso com o médico?
- Fiquei tão assustada com tudo que o doutor falou que eu esqueci. Eu fui buscar mais remédios agora, e o farmacêutico reforçou o que o médico tinha me explicado e falou para tomar os remédios em jejum.

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

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

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

Retomando a reflexão a partir da situação problema apresentada, pode ser exemplificada uma lacuna observada no processo assistencial, que é a intervenção sobre a utilização dos medicamentos. Entretanto, se Dona Francisca decidisse não utilizar o medicamento por questões relacionadas às suas crenças pessoais, ou por falta de confiança no prescritor ou no medicamento fornecido pelo sistema público,

a lacuna ou o fenômeno seria o mesmo? O fenômeno pelo qual estamos ampliando a discussão visa intervir sobre o comportamento do usuário, porque o uso está relacionado ao comportamento.

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

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

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

No caso da situação problema exposta, vivenciada pela Dona Francisca, descrita nesta lição, observe, no Quadro 1, quais foram as competências profissionais essenciais observadas no serviço do médico, do nutricionista e do farmacêutico.

Quadro 1 - Competências profissionais

PROFISSIONAL	RECURSOS	COMPETÊNCIAS
Médico	Anamnese médica Exames laboratoriais	Diagnóstico da doença Prescrição de medicamentos
Nutricionista	Anamnese nutricional	Diagnóstico nutricional Prescrição de dieta
Farmacêutico	Medicamento	Fornecimento do medicamento

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

Por esse motivo, Soares (2013) defende que:

O modelo de dispensação de medicamentos deveria ser integrado ao processo de cuidado no SUS, considerando o acesso como um atributo; o acolhimento,

vínculo e responsabilização, a gestão e os aspectos clínico-farmacêutico como seus componentes; e o uso racional dos medicamentos como propósito (p.127).

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

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

Assim, o Quadro 1 seria alterado:

PROFISSIONAL	RECURSOS	COMPETÊNCIAS
Farmacêutico	Avaliação da prescrição Anamnese farmacêutica	Decisão sobre o fornecimento do medicamento Plano de uso do medicamento

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

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

Serviço de dispensação: Sistematização

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

Você já estudou o planejamento em saúde, no Módulo Transversal - *Gestão da assistência farmacêutica*, e pode conferir como essa ferramenta é importante. Para compreender melhor e incorporar essa reorientação conceitual, faz-se necessário visualizar a instituição de uma nova cultura, na qual o desafio é pensar na dispensação dentro de um sistema de serviços e, assim, poder planejar, executar, avaliar e controlar as ações com a clareza das competências e responsabilidades definidas, assim como a sistematização dos processos e a integração entre os serviços farmacêuticos e de saúde.

Serviço de dispensação: contribuindo para a construção de conhecimento

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

Retomando alguns pontos discutidos na unidade 1 deste Módulo, os usuários do SUS (considerando-os como indivíduos ou grupos sociais, sejam eles familiares ou de redes mais extensas), quando chegam aos serviços, trazem suas experiências e seus conhecimentos sobre o processo saúde-doença-atenção, além de suas expectativas de atendimento. Ou seja, não constituem uma caixa ou saco vazio, que precisa ser preenchido com nossos saberes e conselhos. Ao contrário, como vimos em exemplos citados no decorrer deste Módulo, os usuários têm autonomia para tomar decisões com base no que conhecem e que experienciam. Porém, muitas vezes (ou quase sempre), o diálogo simétrico entre usuários e profissionais de saúde não é efetivado na prática, porque esses últimos não se encontram preparados para compartilhar e para escutar o que o usuário tem para dizer ou manifestar a respeito de sua dor, de seu sofrimento.

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

Serviço de dispensação: a corresponsabilidade do usuário

O processo de decisão compreende formas democráticas de decisão a partir de estratégias, especialmente, dirigidas à mobilização e à participação da população. Importante lembrar que aqui não está

somente a decisão de fornecer ou não o medicamento, mas a decisão de qual medicamento ter, e que, portanto, envolve a seleção, programação, aquisição e distribuição dos medicamentos.

Você deve estar se perguntando: “E a participação da população? Onde está inserida?”. Vamos lembrar que um dos princípios do SUS é a participação e o controle social, e que o local onde isso é mais evidenciado são os Conselhos de Saúde. Esses temas devem ser debatidos nos espaços de controle social. O usuário deve ser estimulado a participar da gestão do SUS por meio da participação nos Conselhos de Saúde (local, municipal, estadual, ou nacional), onde são discutidas questões importantes relacionadas ao sistema de saúde.

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

Serviço de dispensação: contribuindo para a sustentabilidade social

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

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

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

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

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

Como referido inicialmente nesta lição, o resultado de um serviço deve ter como foco a concriação de valores, e, então, é fundamental que a dispensação esteja sistematizada de tal forma que promova o **acolhimento**.

O acolhimento, de acordo com a Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão do SUS, refere-se à recepção do usuário, desde a sua chegada ao serviço de saúde até a escuta ativa das suas necessidades, incluindo preocupações, angústias, solicitações. É uma forma de atender a todos que procuram os serviços de saúde, garantindo uma atenção resolutiva e articulada com os demais serviços, quando necessário.

O acolhimento é considerado uma estratégia de interferência no processo de trabalho e pode ser reconhecido como uma forma de otimizar a informação e facilitar o acesso.

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

A informação e a comunicação são fundamentais na relação do serviço de dispensação com os usuários, e são tão importantes como o medicamento. A forma como se estabelece essa relação é crucial, e o conceito de acolhimento, nesse sentido, é o que marca uma importante diferença em como se dá a relação de **vínculo**. A **responsabilização** visa comprometer-se com a saúde dos usuários em qualquer ponto de atenção à saúde em que estejam.

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

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

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

Retomando o texto *O som da floresta*, descrito no Módulo Transversal - *Gestão da assistência farmacêutica*, escutar é uma arte, que requer treino, concentração, desprendimento. Assim, para escutar é necessário:

1) Saber perguntar

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

2) Saber informar

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

3) Saber responder às necessidades do outro

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

- Compartilhar e reconhecer sentimentos com o outro.
- Motivar práticas saudáveis.

Como pode ser observado nesta lição, pensar em dispensação como um serviço de saúde vai além de buscar um marco regulatório sobre o controle sanitário do comércio de medicamentos, devendo atingir a evolução do processo de geração e produção de medicamentos (industrialização), até a entrega do insumo com foco na orientação e prevenção de agravos (relacionados às reações adversas), conforme afirma Soares (2013).

Discutir dispensação como um serviço é visualizar a construção de um processo integrado, com a incorporação de novos valores para o sistema de saúde e para a população.



Ambiente Virtual

As atividades clínicas na área farmacêutica são muito recentes em termos de desenvolvimento profissional. O conhecimento científico e a atividade corporativa precisam estar articulados em favor do desenvolvimento de um serviço clínico farmacêutico que torne-se uma necessidade aos usuários, ou seja, um meio valoroso e valorizado para se alcançar bons resultados em saúde.

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

Confira o vídeo no AVEA.

Lição 2 - Serviço de dispensação: a estruturação do processo de dispensação

Esta lição tem por objetivo descrever a sistematização da atividade de dispensação a partir dos regulamentos vigentes.



Para o aprofundamento do tema, consulte a publicação *Diretrizes para estruturação de farmácias no âmbito do Sistema Único de Saúde*, elaborada pelo Departamento de Assistência Farmacêutica do Ministério da Saúde, disponível na Biblioteca.

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

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

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

- garantir o cumprimento da prescrição por meio do fornecimento do medicamento correto e em quantidade adequada;
- contribuir para a adesão ao tratamento;
- minimizar erros de prescrição;
- proporcionar atenção farmacêutica de qualidade;
- informar sobre o uso correto do medicamento.

O processo de dispensação não configura apenas a ocasião em que determinada prescrição é aviada, mas, sim, um conjunto de ações, isto é:

- Obter prescrição - adquirir, alcançar, interpretar, entender, executar, analisar.
- Fornecer - abastecer, proporcionar o necessário.

- Entregar - passar às mãos ou à posse de alguém.
- Avaliar – aferir, medir, julgar.
- Informar - dar informe ou parecer sobre, comunicar, dar notícias.
- Orientar - dirigir, guiar, caminhar junto, reconhecer e examinar a situação.
- Educar - promover a troca de saberes entre os sujeitos.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



Ambiente Virtual

Para relembrar os conceitos de acesso, recomendamos que você retome a unidade 2 - *O acesso aos medicamentos no sistema público brasileiro e a construção da Assistência Farmacêutica* do Módulo 2 - *Políticas de saúde e acesso aos medicamentos*. Sugerimos, ainda, a leitura do artigo: *Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde*, de Travassos e Martins, disponível na Biblioteca.

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

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

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

Muitos municípios, principalmente os de pequeno porte, centralizam os medicamentos na farmácia central do município, geralmente localizada em unidades de referência ou policlínicas e com a presença do farmacêutico. Contudo, é possível, tanto nesses municípios como em municípios maiores, a descentralização da dispensação com a criação de unidades regionais, que atenderiam mais de uma unidade de saúde; ou a dispensação em unidades de saúde estratégicas, que teriam a presença do farmacêutico, melhorando, assim, o acesso aos serviços farmacêuticos pelos usuários do sistema.

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

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

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

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

Técnico Gerencial

Programação, solicitação de medicamentos, armazenamento, recebimento, estocagem, controle de estoque, inventário, descarte de resíduos.

Técnico Assistencial

Dispensação, orientação farmacêutica, seguimento farmacoterapêutico, educação em saúde, suporte técnico para equipe de saúde.

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

Fonte: BRASIL, 2009.

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

Os medicamentos que compõem o elenco da Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (Remume) podem ser distribuídos nas unidades de saúde, desde que seja respeitada a legislação vigente, com destaque para: a Portaria SVS/MS n. 344/1998; a Resolução RDC Anvisa n. 20/2011; as Portarias GM/MS n. 1.554/2013 e n. 1.555/2013; e que os profissionais, responsáveis pela dispensação desses medicamentos aos usuários, sejam qualificados e treinados para esse fim.



Links

Para saber mais sobre a legislação vigente, acesse os seguintes endereços:

Portaria SVS/MS n. 344/1998: <http://www.anvisa.gov.br/hotsite/talidomida/legis/Portaria_344_98.pdf>

Resolução RDC Anvisa n. 20/2011: <<http://www.anvisa.gov.br/sngpc/Documentos2012/RDC%2020%202011.pdf?jornal=1&pagina=174&data=01/07/2010>>

Portaria GM/MS n. 1.554/2013: <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1554_30_07_2013.html>

Portaria GM/MS n. 1.555/2013: <<http://www.brasilus.com.br/legislacoes/gm/119968-1555.html>>

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



Links

Não deixe de ler o artigo de Simões e Monteiro, publicado em 2005, sobre a experiência do Projeto Remédio em Casa, no município do Rio de Janeiro. O artigo está disponível no endereço: <http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/35/estrategias_apoio.pdf>



Reflexão

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

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



Reflexão

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

Antes de pensarmos em como promover o acesso aos medicamentos e em como fazer com que esse acesso seja humanizado, temos que refletir sobre algumas questões.



Reflexão

Muitas vezes, os gestores querem que o usuário receba o medicamento, sem, porém, refletir que, com o ato de apenas entregá-lo ao usuário, não estará promovendo o acesso. Será que não estamos escondendo o problema? “Tapando o sol com a peneira”?

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

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

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

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

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

A farmácia deve apresentar *layout* próprio, de forma a priorizar a área de atendimento onde os usuários possam receber atendimento personalizado e individualizado, seguindo uma concepção

humanizada dos serviços ofertados e buscando o reconhecimento da unidade como referência na prestação de serviços farmacêuticos.



Reflexão

Agora, imagine que você é o usuário do serviço e necessita de uma informação. Chegando ao guichê, percebe que ele contém grade ou vidro, dificultando enxergar ou ouvir a pessoa que está “atendendo”. Como você se sente? Imagine um idoso com dificuldade auditiva ou uma mãe com um filho doente no colo.

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

Esse espaço deve permitir, também, a troca de informações de forma semiprivativa ou privativa. Para a realização desse serviço, é importante que se atenda o usuário em local que permita um diálogo sem interferentes auditivos ou que distraiam a atenção do usuário; que ofereça conforto e sensação de acolhimento, onde tanto o farmacêutico quanto o usuário, estejam sentados. A estrutura do serviço de farmácia deve dispor, preferencialmente, de acesso à internet, telefone e material bibliográfico.

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



Reflexão

A partir do que já foi exposto, quais competências e habilidades são necessárias para a organização do serviço de dispensação?

Leia o relato da farmacêutica Ana, do município fictício de Terra Fértil.

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

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

A partir da detecção desses problemas, a farmacêutica tomou como primeira medida desenvolver o planejamento estratégico com objetivo de viabilizar o acesso, tendo como foco do serviço o uso

racional do medicamento e, assim, melhorar a satisfação do usuário com o serviço farmacêutico.

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

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

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

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

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

Lição 3 – Estrutura física e recursos humanos para a organização do serviço de dispensação

Ao final desta lição, você estará apto a identificar e discutir a importância da estrutura física e dos recursos humanos para a organização do serviço de dispensação.

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

É crucial a modernização da estrutura física das farmácias e a presença institucionalizada dos profissionais farmacêuticos. Essa lógica se faz necessária para o caráter multiprofissional e interdisciplinar no SUS, bem como para a garantia mínima de dois de seus princípios: integralidade da assistência e humanização do atendimento.

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

É muito importante o planejamento para adequação dos ambientes da farmácia, devendo, para isso, serem considerados o Plano Diretor do Município, as normas sanitárias vigentes, e os requisitos exigidos pela NBR ABNT n. 9.050, de 31 de maio de 2004, que dispõe sobre acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos (ABNT, 2004).

Além de tudo isso, a fim de melhorar a estruturação da assistência farmacêutica no município, um percentual de até 15% (quinze por cento) da soma dos valores dos recursos financeiros do Componente

Básico da Assistência Farmacêutica, estadual e municipal pode ser utilizado, anualmente, para atividades destinadas à adequação de espaço físico das farmácias do SUS relacionadas à Atenção Básica, à aquisição de equipamentos e mobiliário destinados ao suporte das ações de assistência farmacêutica, e à realização de atividades vinculadas à educação continuada, voltada à qualificação dos recursos humanos da assistência farmacêutica na Atenção Básica, sendo vedada a utilização dos recursos federais para esta finalidade, conforme estabelecido na Portaria GM/MS n.1.555/2013.

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

Nós, particularmente, consideramos que os benefícios de estruturação e manutenção de um serviço de farmácia têm um enorme potencial para superar os seus custos com algumas atitudes, como:

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

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

Em uma boa gestão é fundamental o estabelecimento de processos estratégicos, iniciando pela gestão dos recursos humanos, que são os que fazem os processos ocorrerem (OPAS, 2011). Sendo assim, a farmácia deve dispor de recursos humanos suficientes, tanto para os serviços técnico-gerenciais quanto para a assistência aos usuários, mobilizados e comprometidos com a organização e a

produção de serviços que atendam às necessidades da população. O quantitativo desses recursos deve variar conforme o número de atendimentos diários e a complexidade do serviço prestado pela farmácia (BRASIL, 2009).

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

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

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

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

De importância cada vez mais reconhecida, as questões inerentes à capacitação de recursos humanos ocupam lugar de destaque nas estratégias de implementação do SUS. A capacitação de todos os funcionários para atuar na farmácia é indispensável, e é fundamental que os gestores da saúde e da assistência farmacêutica desenvolvam e mantenham um plano de educação permanente para esses profissionais. Uma maneira de realizar a capacitação é por meio do matriciamento, o qual será melhor detalhado na lição 6, desta unidade.

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

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

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

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

Lição 4 – Componentes das atividades do serviço de dispensação

Nesta lição, vamos observar, refletir e discutir o processo de dispensação, para que você esteja apto a organizar e ordenar esse serviço.

A dispensação é composta de atividades que visam assegurar a qualidade do medicamento, classificadas como administrativas e

assistenciais, cujo foco é o resultado na saúde do usuário. Para a organização dessas atividades, recomendamos algumas leituras complementares para que você possa recordar alguns tópicos já estudados.



Ambiente Virtual

Sugerimos a leitura dos seguintes documentos para recordar alguns pontos da dispensação:

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

Esses arquivos estão disponibilizados na Biblioteca.

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

Segundo Correr (2007), a dispensação faz parte do processo de atenção à saúde do usuário, e se configura como o momento em que o farmacêutico, frente a uma prescrição ou a uma solicitação do usuário, assume a corresponsabilidade na utilização do medicamento, por meio do que se pode chamar de validação do uso do medicamento. Como você pode ver na Figura 3, o processo deve estar estruturado de tal forma que seja possível:

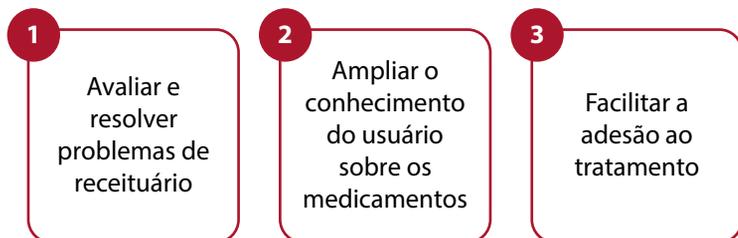


Figura 3 – Descrição dos objetivos do processo de dispensação.

Fonte: CORRER, 2007.

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

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

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

Para sistematizar o processo, é necessário recordar alguns pontos que você aprendeu sobre dispensação e refletir sobre quais são os cenários da dispensação.

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

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



Ambiente Virtual

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

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



Figura 4 - Processo da Dispensação

Etapa 1: Recepção do usuário: na perspectiva do acolhimento

Atividades:

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

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

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

tão atencioso que verificou, inclusive, o custo do medicamento.

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

Vamos analisar o processo:

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

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

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

Prezado estudante, ser gentil, cordial, escutar foi **resolutivo**¹?

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

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

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

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

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

Lembre-se de que:

Identificar o solicitante impactará na escolha do método de comunicação utilizado para orientar o usuário sobre o uso correto do medicamento.

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

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

Etapa 2: Análise da prescrição

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

Esta etapa garante que:

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



Ambiente Virtual

Veja como erros de prescrição podem influenciar o resultado terapêutico.

Para isso, recomendamos a leitura do texto: *Erros: evitar o evitável*, de Lenita Wannmacher, da série *Uso Racional de Medicamentos: Temas selecionados*. O artigo está disponível na Biblioteca.

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

- I legibilidade e ausência de rasuras e emendas;
- II identificação do usuário;
- III identificação do medicamento, concentração, dosagem, forma farmacêutica e quantidade;

IV modo de usar ou posologia;

V duração do tratamento;

VI local e data da emissão;

VII assinatura e identificação do prescritor com o número de registro no respectivo conselho profissional.

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

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

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

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

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

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

Etapa 3: Separação

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

Etapa 4: Registro

Consiste em realizar a identificação na prescrição dos itens atendidos e não atendidos e a data da dispensação. Para os tratamentos de uso contínuo o registro pode ser realizado em carteirinhas específicas (hipertensão, diabetes, anticoncepcionais). Por exemplo,

medicamento entregue, quantidade, duração do tratamento e prescritor. Esses registros, por meio de dados numéricos, possibilitam demonstrar a importância do serviço farmacêutico, representando a sua produtividade. Lembre-se de que esses dados são fundamentais para a avaliação e o planejamento estratégico do serviço.

Alguns municípios utilizam sistemas informatizados para o cadastro de tais informações. Esse tema será abordado, ainda nesta unidade, na próxima lição.

Etapa 5: Avaliação

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

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

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

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

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

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

Situação 2 - Continuação de tratamento

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

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

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

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

Veja, agora, alguns exemplos de perguntas que podem auxiliá-lo no momento de avaliar o resultado dos medicamentos, de acordo com a percepção do usuário.

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

Caso o usuário tenha respondido alguma das perguntas anteriores de forma negativa, é necessário verificar como ele procede ao utilizar o medicamento prescrito. Para isso, você pode fazer perguntas como:

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

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

Etapa 6: Plano de ação

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

- Nome, dose, frequência e duração.
- Cuidados especiais (preparo ou administração).
- Lembre-se de orientar o usuário sobre o uso de medicamentos que necessitam de um preparo, administração ou armazenamento mais complexo. Para isso, durante a separação do produto pergunte-se:
 - Exige condições especiais de armazenamento?
 - Deve ser mantido sempre na embalagem original?
 - Requer abrir de alguma forma especial ou tem uma tampa de segurança?
 - É necessária alguma preparação especial antes de sua administração?
 - Precisa de alguma técnica de administração especial?
 - Apresenta alguma condição especial de administração?
 - Necessita de explicação sobre como utilizar a forma farmacêutica?
- Há necessidade de orientações sobre autocuidado, precauções e reações adversas, interações com medicamentos ou alimentos?

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

Os horários de administração do medicamento podem ser avaliados juntamente com o usuário, considerando seus hábitos alimentares, suas atividades diárias, para que sejam definidos de acordo com os hábitos de vida dele. Por exemplo, se o medicamento deve ser ingerido em jejum ou de estômago vazio, verificar o horário do café da manhã, se é viável ingerir antes do café ou duas horas depois etc.

Procure substituir as expressões como “o senhor deve tomar assim...” por o senhor poderia tomar assim, ou, o que o senhor acha de tomar tal hora, seria melhor?

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

Uso de pictogramas

Segundo Galato e colaboradores (2006), o uso de pictogramas (símbolos gráficos) ou de sinalização constitui uma importante ferramenta para facilitar a comunicação durante as orientações sobre o uso dos medicamentos. Veja alguns exemplos:

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

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

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

É muito importante que o usuário conheça:

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

Eis algumas dicas de comunicação:

- Pergunte seu nome e procure chamá-lo pelo nome.
- Use linguagem popular, clara e objetiva.
- Faça somente perguntas claras e objetivas.
- Cuide para não sobrecarregar o usuário de informações.
- Peça ao usuário que mostre como vai utilizar os medicamentos.
- Saiba ouvir com atenção.
- Nunca interrompa sua fala.
- Demonstre confiança e interesse, evitando displicência ou desatenção.
- Mantenha um sorriso cordial e sincero durante o atendimento.
- Seja honesto.

Certifique-se:

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

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

Nesta etapa, o foco também é avaliar a dispensação dos medicamentos de uso contínuo, e pode, ainda, subsidiar a avaliação da adesão, quando é possível visualizar o histórico de retirada dos medicamentos. Nessa fase é que avaliamos a necessidade de outros serviços farmacêuticos como o **acompanhamento farmacoterapêutico**², a farmacovigilância, os programas de educação em saúde e visita domiciliar.

Lição 5 – Registro das informações do serviço de dispensação

Ao final desta lição, você será capaz de entender a importância do registro das informações, pois o que não foi documentado não foi realizado! Nesta lição, abordaremos o registro das informações do serviço de dispensação, seja ele informatizado ou manual.



Reflexão

Afinal, como podemos realizar esses registros? Que informações devem ser registradas? Por que devemos fazer o registro?

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

Bom, vamos começar por onde registrar essas informações. Hoje, existem inúmeros sistemas informatizados para o registro das informações do serviço farmacêutico, incluindo a dispensação, muitos deles interligados aos prontuários e a outros serviços das unidades de saúde. Esses sistemas são elaborados, em sua maioria, por empresas privadas e devem ser pagos para que se tenha acesso ao serviço. Se seu município possui um sistema desses, informe-se bem como ele funciona e procure alimentá-lo com o registro dos serviços farmacêuticos. É importante considerar não apenas as atividades administrativas farmacêuticas, como controle de estoque, programação e entrega, mas também as atividades assistenciais

2 Para saber mais sobre acompanhamento farmacoterapêutico, acesse a unidade optativa de *Modelos de seguimento farmacoterapêutico*, ofertada no Módulo 9 - *Tópicos especiais em ética, educação em saúde e modelos de seguimento farmacoterapêutico*. O tema da farmacovigilância será abordado na unidade 3, deste Módulo.

de dispensação, orientação, acompanhamento, visitas domiciliares, entre outras.

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

Como já visto no Módulo 1 - *Introdução ao Curso de Gestão da Assistência Farmacêutica - EaD*, neste sistema, são emitidos diferentes relatórios, contendo informações gerenciais que subsidiam o planejamento e desenvolvimento das ações de assistência farmacêutica na Atenção Básica: históricos das dispensações dos usuários; dados sobre pacientes faltosos; procedência das prescrições; posição de estoque; datas de agendamento das próximas dispensações, e outras. Também estão disponíveis informações técnicas, necessárias para a qualificação dos serviços e gestão do cuidado, de forma que possam ser utilizadas durante o momento da prescrição e na dispensação: Rename; Formulário Terapêutico Nacional; Temas Selecionados para Promoção do Uso Correto de Medicamentos.

O Hórus possibilita o agendamento, o registro e a rastreabilidade da dispensação, além do acompanhamento do uso dos medicamentos. Esse sistema também permite realizar o registro dos medicamentos controlados, conforme a Portaria n. 344/1998.



Links

Para saber mais e sobre como aderir ao sistema, acesse o *link* a seguir:
<http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1675>

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



Qual sistema devo escolher?

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

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

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

Você deve estar se perguntando, ainda, “Quais informações devo registrar?” Como já observado anteriormente, é importante saber quais informações são necessárias para o serviço em que você atua, se serão registrados apenas dados básicos da dispensação, ou se você quer registrar também os dados complementares, que auxiliarão no acompanhamento da utilização dos medicamentos.

Os dados importantes a serem registrados são:

- o cadastro de cada usuário, com informações como nome, endereço, telefone, número do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
- informação sobre os tratamentos prescritos (medicamentos, posologia, dosagem, quantidade);
- informações sobre o prescritor (nome, registro no Conselho Regional de Medicina ou no Conselho Regional de Odontologia);

- medicamentos dispensados (medicamento e quantidade dispensada);
- registro de ocorrência no uso dos medicamentos;
- informações sobre quem está realizando a dispensação.

Falando em gestão

Sem dúvida, o registro é uma questão muito importante para a gestão dos serviços. Só com registros confiáveis é possível realizar uma administração racional e coerente de produtos como os medicamentos. E, é a partir dos registros que podem ser geradas as informações necessárias para a tomada de decisão, assim como para avaliar os resultados das ações empreendidas. São essas informações que embasam as negociações e dão suporte ao gestor para que escolhas difíceis possam ser feitas. Portanto, para que haja gestão em seu serviço, em seu município, ou em sua instituição, não é possível ignorar esta questão: investir em registro é fundamental!

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

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

Com a publicação da Portaria n. 271/2013, os municípios e estados terão que enviar dados da assistência farmacêutica, incluindo dados da dispensação para o Ministério da Saúde, para que este constitua a Base Nacional de Dados das Ações e Serviços da Assistência Farmacêutica e, com isso, tenha indicadores da assistência farmacêutica. Considerando a autonomia dos entes federados, e reconhecendo a existência de municípios e estados com soluções próprias para organizar a assistência farmacêutica, o Ministério da Saúde procurou desenvolver uma ferramenta tecnológica que permitisse a interoperabilidade dos sistemas municipais e estaduais. Assim, municípios e estados que não aderirem ao Hórus poderão transmitir um conjunto de dados sobre os Componentes da Assistência Farmacêutica. Essa iniciativa, denominada *webservice*, faculta compatibilizar o Hórus com sistemas desenvolvidos em outras plataformas, o que resultará em eficiência e segurança na cadeia de transferência de informações (COSTA; NASCIMENTO JR, 2012; BRASIL, 2013).



Para entender melhor a importância do registro das informações, sugerimos a leitura do artigo *Utilização dos registros de dispensação da farmácia como indicador da não adesão à terapia antirretroviral em indivíduos infectados pelo HIV*, de Gomes e colaboradores, publicado no periódico Cadernos de Saúde Pública. O artigo está disponível na Biblioteca.

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

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

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

Lição 6 – A dispensação no modelo de atenção à saúde do brasileiro

Ao final desta lição, você entenderá a importância das Redes de Atenção à Saúde, bem como a importância do serviço de dispensação estar inserido neste sistema e a utilização do matriciamento para a capacitação dos profissionais das equipes.

As funções dos serviços farmacêuticos são muito amplas. Vão desde os técnico-gerenciais aos técnico-assistenciais, e devem desenvolver-se no contexto dos sistemas de saúde. O nível de execução depende do nível de complexidade dos serviços. Há funções que devem ser realizadas pelo farmacêutico e sua equipe, integradas ao sistema de saúde e outras, necessariamente, junto com os demais profissionais de saúde (OPAS, 2011).

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

Como você já estudou na unidade 4 - *Redes de Atenção à Saúde*, do Módulo 2 - *Políticas de saúde e acesso aos medicamentos*, as RAS são sistemas integrados, que se propõem a prestar uma atenção à saúde no lugar certo, no tempo certo, com qualidade certa, com o custo certo e com responsabilização sanitária e econômica por uma população adscrita (MENDES, 2011).

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

Somente o funcionamento dos serviços em redes permitirá abordar o problema de maneira adequada. Isso implica que a rede se responsabiliza por garantir resultados em um determinado território, onde os recursos de saúde dessas áreas devem ser planejados em conjunto, assim como a resposta aos problemas seja de alcance dos mesmos. E, ainda, muitos dos problemas requerem abordagens intersetoriais e multidisciplinares.

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

São exemplos de pontos de atenção à saúde: os domicílios, as unidades básicas de saúde, as unidades ambulatoriais especializadas, os centros de apoio psicossocial (CAPS), as residências terapêuticas,

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

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

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

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

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

Os serviços farmacêuticos devem ser geradores de conhecimento, a partir da informação, adaptando esses conhecimentos aos usuários, a suas famílias, outros profissionais ou membros das equipes de

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

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

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

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

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

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

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

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

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



Ambiente Virtual

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

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

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

- reuniões com as equipes da ESF;
- educação em saúde e atividades comunitárias;
- visita domiciliar;
- atendimento individual e ou familiar;
- atendimento conjunto com outro profissional de saúde;
- discussão e construção de **Projeto Terapêutico Singular**³;
- conciliação de medicamentos realizada na farmácia, e encaminhamento para a coordenação do cuidado;
- discussão do território e contra referência, principalmente, em casos de dispensação centralizada.

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

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

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

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



Concluimos os estudos desta unidade. Acesse o AVEA e confira as atividades propostas.

Análise Crítica

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

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

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

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

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

A qualificação da gestão contribui para a ampliação do acesso da população aos medicamentos, acesso não restrito ao produto, mas com a garantia da qualidade e dos serviços prestados. Requer a reestruturação, tanto física como de recursos humanos, demandando novas formas de pensar, de estruturar, de desenvolver e de produzir serviços e assistência em saúde (BRASIL, 2010).

Referências:

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

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 3.916/MS/GM, de 30 de outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 10 nov. 1998.

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

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

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

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

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

CFF. Conselho Federal de Farmácia. **Experiências exitosas de farmacêuticos no SUS**. v. 01, p. 01- 80, 2013. Disponível em: <<http://www.cff.org.br/userfiles/file/noticias/Experiencias%20exitosas%20site.pdf>>

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

CONILL, E.M.; MENDONÇA, M.H.; SILVA, R.A.P.R.; GAWRYSZEWSKI, V. Organização dos serviços de saúde: a comparação como contribuição. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 7, n. 3, p. 328-46, 1991.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Autores

Noemia Liege Maria da Cunha Bernardo

Possui graduação em Farmácia, pela Universidade Paranaense (1993), habilitação em Farmácia Industrial, pela Universidade Estadual de Maringá (1994); especialização em Farmacologia, pela Universidade Federal do Paraná (2005); e mestrado em Farmácia, pela Universidade Federal de Santa Catarina (2010). Atualmente, é professora na Universidade do Vale do Itajaí, em Santa Catarina. Tem experiência na área de Farmácia, com ênfase em Atenção Farmacêutica, Farmácia Clínica e Farmácia Hospitalar, atuando, principalmente, nos seguintes temas: implantação de serviços farmacêuticos, assistência farmacêutica, medicamentos, atenção farmacêutica e segurança dos pacientes.

<http://lattes.cnpq.br/1047114367084356>

Ligia Hoepfner

Possui graduação em Farmácia, pela Universidade Federal de Santa Catarina (1999); especialização em Farmácia Hospitalar com introdução à Farmácia Clínica, pelo Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo (2000); e mestrado em Farmácia, pela Universidade Federal de Santa Catarina (2005). Foi professora colaboradora da Universidade da Região de Joinville, no curso de Farmácia; professora do curso de especialização interinstitucional em Gestão da Assistência Farmacêutica; e, atualmente, é coordenadora da Assistência Farmacêutica da Secretaria de Saúde do Município de Pomerode, em Santa Catarina, e farmacêutica do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Atua, principalmente, nos seguintes temas: assistência farmacêutica e vigilância em saúde.

<http://lattes.cnpq.br/7870135739923419>

UNIDADE 3

MÓDULO 5

UNIDADE 3 – FARMACOVIGILÂNCIA

Ementa da Unidade

- Farmacovigilância: aspectos introdutórios.
- Reações adversas a medicamentos (RAM).
- Intoxicações humanas por medicamentos.
- Métodos aplicados à farmacovigilância.
- A farmacovigilância e o ciclo da assistência farmacêutica.

Carga horária da unidade: 15 horas.

Objetivos específicos de aprendizagem

- Reconhecer o que é a farmacovigilância, os aspectos históricos e a relação com o desenvolvimento de fármacos.
- Reconhecer os fatores determinantes das reações adversas, a definição e a classificação.
- Compreender a importância da farmacovigilância frente a prevenção das intoxicações humanas.
- Reconhecer as ferramentas da farmacovigilância disponíveis para subsidiar o trabalho dos profissionais de saúde e gestores na identificação, prevenção, notificação e intervenção em caso de suspeita de eventos adversos.
- Inter-relacionar a farmacovigilância com alguns serviços farmacêuticos sob a ótica da gestão.

Apresentação

Caro estudante,

Nesta unidade você aprenderá um pouco mais sobre a farmacovigilância e a sua inter-relação com a gestão da assistência farmacêutica. A importância da farmacovigilância na atenção à saúde é fundamental, haja vista que o consumo de medicamentos pela

população é cada vez maior, e as práticas de prescrição, dispensação e utilização nem sempre são racionais.

Neste conteúdo, pretendemos trabalhar, junto com você, conhecimentos, métodos e ferramentas que podem subsidiar as ações de farmacovigilância. Além disso, vamos instigar a reflexão e a crítica sobre o assunto.

Desejamos a você um excelente aprendizado!

Conteudistas responsáveis:

Paulo Sérgio Dourado Arrais
Iane Franceschet de Sousa
Marlene Zannin

Conteudista de referência:

Paulo Sérgio Dourado Arrais

Conteudistas de gestão:

Silvana Nair Leite
Maria do Carmo Lessa Guimarães

CONTEXTUALIZANDO

Prezado estudante, iniciamos o estudo desta unidade com uma charge de Ivan Cabral, que parodia o uso excessivo de medicamentos.

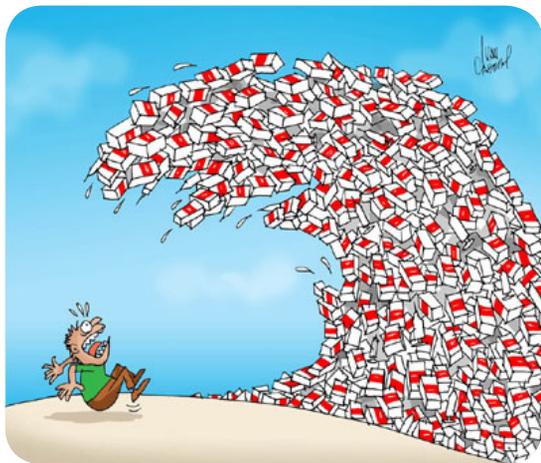


Figura 1 – Charge sobre uso excessivo de medicamentos

Fonte: Direitos de uso da imagem cedidos ao Curso para utilização neste material didático.

Qual sensação temos ao ver esta figura?

É isso mesmo! Cada vez mais somos “invadidos” por uma avalanche de medicamentos, cujas consequências nem sempre são positivas.



Reflexão

Será que isso tem relação com a farmacovigilância?

Com certeza!

O consumo excessivo de medicamentos ou seu uso inadequado é uma das causas para o aparecimento de reações adversas, intoxicações, alergias, agravamento de doenças já existentes ou surgimento de novas doenças, além de outros problemas de saúde. Muitas vezes, isso constitui a causa de internações hospitalares e aumento da mortalidade, gerando um impacto significativo nos gastos com saúde.

De acordo com Arrais (2009), existem alguns fatores que influenciam o consumo de medicamentos, como os listados a seguir:

- competição entre as indústrias do setor farmacêutico pelo mercado consumidor;
- número excessivo de medicamentos e especialidades farmacêuticas disponíveis no mercado, sendo que boa parte desses não apresenta eficácia e segurança comprovadas;
- propaganda de medicamentos direcionada à população e aos profissionais de saúde, que induz à prescrição e ao consumo de medicamentos;
- excessivo número de farmácias/drogarias no Brasil;
- procura de farmácias/drogarias pelos usuários, para resolver seus problemas de saúde, sem antes procurar atendimento médico especializado;
- presença de medicamentos de venda isenta de prescrição;
- fácil acesso a medicamentos de venda sob prescrição médica e controle especial;
- dificuldade de acesso aos serviços médicos;
- venda de medicamentos fora do estabelecimento farmacêutico;
- distribuição da população segundo sexo e faixa etária, que pode influenciar no consumo de medicamentos;
- atitude dos usuários, que depositam grande confiança na cura de doenças pelo uso de medicamentos.

É por essas e outras circunstâncias que identificamos situações que podem causar algum agravo à saúde dos usuários de medicamentos e que estão presentes em nosso meio. Como exemplos, podemos citar a venda indiscriminada de medicamentos sem prescrição médica; a automedicação; a indicação de tratamento por balconistas de farmácia; a preferência por medicamentos de recente comercialização; o uso abusivo de medicamentos para emagrecimento, anabolizantes, psicotrópicos, “pílula do dia seguinte” e de produtos para tratar disfunção erétil. Também estão presentes, a prescrição irracional, a polimedicação e a não adesão ao tratamento prescrito ou o uso em desacordo com a prescrição, devido a falta de informação ou não compreensão das informações recebidas dos profissionais da saúde.

Ainda, o elevado consumo de medicamentos, em nosso meio, favorece o aparecimento de produtos falsificados. Além do que, os medicamentos são a segunda carga mais roubada em nosso território, perdendo apenas para os eletrodomésticos (ANÔNIMO, 2003).



Links

Para saber mais sobre medicamentos falsificados, acesse a página da Anvisa: <<http://portal.anvisa.gov.br/wps/content/Anvisa+Portal/Anvisa/Pos+-+Comercializacao+-+Pos+-+Uso/Fiscalizacao/Produtos+e+Empresas+Irregulares/Produtos+Falsificados>>

Enfim, podemos dizer que a farmacovigilância não se restringe apenas ao estudo das reações adversas. Veremos, durante este conteúdo, que ela é uma atividade relevante em saúde pública, além de se constituir em uma ferramenta que avalia o risco-benefício dos medicamentos e as consequências na sua utilização, servindo como suporte instrumental para as atividades de vigilância sanitária.



Reflexão

Talvez você esteja se perguntando: Qual é a relação da farmacovigilância com a gestão da assistência farmacêutica?

Bem, de fato, essa é uma pergunta importante.

Esperamos, ao final deste conteúdo, ajudá-lo a respondê-la, com uma visão mais crítica e reflexiva sobre a farmacoterapia.

ENTRANDO NO ASSUNTO

Lição 1 - Farmacovigilância: aspectos introdutórios

Nesta lição, será possível lembrar alguns aspectos introdutórios à farmacovigilância: definições, objetivos, histórico, desenvolvimento de fármacos e monitoração.

Definições e objetivos

A farmacovigilância, como área de atuação, está inserida no campo da farmacoepidemiologia e esta, por sua vez, no campo mais amplo da epidemiologia. A farmacovigilância nasceu da preocupação com o uso de medicamentos, tornando-se alvo de investigação a partir do pós-guerra dos anos 40 e do desenvolvimento industrial, quando os medicamentos passaram a ser utilizados como ferramenta terapêutica principal.

Segundo Laporte e Carné (1993), a farmacovigilância é o conjunto de métodos e técnicas, que tem por objetivo a identificação e a avaliação dos efeitos do uso, agudo ou crônico, do tratamento farmacológico no conjunto da população ou em subgrupos de usuários expostos a tratamentos específicos.

A OMS conceitua a farmacovigilância como a “ciência relativa à detecção, avaliação, compreensão e prevenção dos efeitos adversos ou quaisquer problemas relacionados a medicamentos” (WHO, 2002).

Entre os objetivos da farmacovigilância, destacam-se:

- identificar os efeitos indesejáveis, raros e desconhecidos, relacionados aos medicamentos;
- quantificar o risco desses efeitos;
- identificar fatores de risco e mecanismos subjacentes aos efeitos indesejáveis;
- informar e educar os acadêmicos e profissionais da saúde sobre os riscos e os problemas associados ao uso de medicamentos;
- informar e subsidiar as autoridades da área da saúde sobre os riscos e problemas associados ao uso de medicamentos;

- melhorar a atenção ao usuário e sua segurança em relação ao uso do medicamento, assim como todas as intervenções médicas e paramédicas;
- contribuir para a avaliação das vantagens, da nocividade, da efetividade e dos riscos que podem apresentar os medicamentos.

Podemos verificar que, de maneira geral, a farmacovigilância busca contribuir para a utilização segura, racional e mais eficaz dos medicamentos.

Acontecimentos históricos relacionados a problemas de segurança com medicamentos

No decorrer da história, foi possível verificar várias situações de uso de medicamentos que levaram a eventos adversos, alguns fatais, outros que deixaram sequelas. Para lembrar algumas situações, você pode observar, no Quadro 1, alguns exemplos de problemas relacionados com medicamentos no decorrer dos últimos 70 anos.

Quadro 1 – Acontecimentos ocorridos nos últimos 70 anos relacionados a efeito adverso de medicamentos, por ano, medicamento e efeito produzido.

ANO	MEDICAMENTO	EFEITO
1938	Sulfanilamida	Intoxicação fatal por dietilenoglicol
1961	Talidomida	Focomelia
1966	Contraceptivos orais	Tromboembolismo
1972	Dietilestilbestrol	Carcinoma vaginal, malformações urogenitais
1976	Glafenina	Anafilaxia
1979	Triazolam	Psicoses, amnésia
1981	Cetoconazol	Hepatite
1997	Fenfluramina ou Dexfenfluramina	Lesões nas válvulas cardíacas
2001	Fenilpropranolamina	Derrame cerebral
2001	Cisaprida e Astemizol	Arritmia cardíaca
2001	Gangliosídeos	Síndrome de Guillan-Barré
2001	Cerivastatina	Rabdomiólise
2004	Rofecoxibe	Distúrbio Cardiovascular

A partir da catástrofe da talidomida, na década de 60, por exemplo, percebeu-se que os medicamentos podem ser nocivos e até fatais. Esse acontecimento foi muito importante para a criação de mecanismos regulatórios, posteriores à comercialização dos medicamentos.

Principalmente em relação aos novos medicamentos lançados no mercado, a atenção para a ocorrência de reações adversas deve

ser redobrada. É verdade que, para os novos medicamentos, na maioria das vezes, as evidências científicas relacionadas à segurança apresentam pouca robustez.

Na unidade de Seleção de medicamentos, foram discutidos vários aspectos relacionados ao tema. As evidências de segurança na utilização de medicamentos são fundamentais para o processo de seleção e, por esse motivo, dificilmente medicamentos novos são incluídos na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais, a RENAME, que é referência para as listas estaduais e municipais.

Dessa forma, a atuação dos profissionais de saúde – principalmente dos farmacêuticos – nas Comissões de Farmácia e Terapêutica é fundamental para evitar a padronização de medicamentos com risco não totalmente conhecido ou evidências científicas insuficientes. Uma vez padronizados, o acesso a esses produtos de segurança duvidosa torna-se facilitado, podendo gerar problemas como reações adversas, intoxicações, óbitos, entre outros.

Desenvolvimento de medicamentos e farmacovigilância

Devemos nos questionar: por que temos que nos preocupar com a segurança dos novos medicamentos, se há testes clínicos, que são feitos antes desses produtos serem comercializados?



Saiba Mais

Se você tiver interesse sobre o tema da indústria farmacêutica e dos testes clínicos com medicamentos, sugerimos que assista ao filme *O Jardineiro Fiel*, de 2005, dirigido por Fernando Meirelles.

A preocupação com a monitoração dos efeitos adversos pós-comercialização advém das limitações, dos ensaios clínicos controlados, fase em que o medicamento é testado em seres humanos (LAPORTE; CAPELLÀ, 1989; ARRAIS, 1996; AMERY, 1999). Entre essas limitações destacam-se:

- participam poucos usuários: dezenas, centenas e, raramente, milhares;
- não participam crianças, gestantes e idosos;
- não participam usuários com mais de uma enfermidade, os que apresentam contraindicações potenciais e os polimedicados;

- não incluem indivíduos de diferentes etnias ou com diferentes condições socioculturais;
- existe um controle rígido, com peculiar relação entre o médico e o usuário;
- os critérios diagnósticos são, em geral, mais estritos;
- não permitem a identificação de reações adversas raras (menos de 1 entre 1000 usuários tratados);
- não permitem a identificação de reações que surgem após tratamento prolongado ou muito tempo depois de suspendê-lo;
- não permitem a identificação de reações que ocorrem em subgrupos específicos da população.

Apesar dessas limitações expostas, a partir dos ensaios clínicos, são produzidas as informações necessárias sobre eficácia e segurança do medicamento, que permitem a avaliação, pelas autoridades sanitárias, e posterior concessão do registro para comercialização do produto no país.

Entretanto, existem evidências de manipulação dos ensaios clínicos que reforçam, ainda mais, a necessidade de implementação de serviços de farmacovigilância. A entidade *Acción Internacional por La Salud* (2005) apontou exemplos de métodos utilizados para conseguir os resultados esperados em ensaios clínicos de um determinado medicamento:

- utilizar, para comparação, um medicamento que, sabidamente, apresente menor eficácia;
- utilizar, para comparação, doses mais baixas do que o tratamento padrão;
- utilizar doses mais altas do tratamento padrão (faz parecer que seu medicamento é de menor toxicidade);
- estudos pequenos que demonstram diferenças consideráveis entre os medicamentos comparados;
- uso de múltiplas fases de estudo para publicar aqueles resultados que são favoráveis no estudo;
- estudos multicêntricos para selecionar os resultados dos lugares onde o estudo foi favorável;

- publicação de resultados em revistas médicas financiadas pela indústria.

Outra preocupação está relacionada com a pressão das indústrias farmacêuticas no que diz respeito a mudanças na regulamentação de medicamentos, que podem expor, ainda mais, as pessoas a eventos adversos, uma vez que: medicamentos estão chegando cada vez mais cedo ao mercado (em fases preliminares de estudo); novos medicamentos estão sendo aprovados mais rapidamente e sem estudos mais longos sobre sua segurança; a globalização favorece o lançamento simultâneo em vários mercados; ocorre mudança de categoria legal de medicamento sob prescrição médica para isentos de prescrição (ISDB, 2005).



Links

O Sistema Nacional de Vigilância de Eventos Adversos e de Queixas Técnicas dos Produtos sob Vigilância Sanitária – Vigipós, vinculado ao Núcleo de Gestão do Sistema Nacional de Notificação e Investigação em Vigilância Sanitária (NUVIG), definiu como estratégias, para seu fortalecimento, a Rede Sentinela e o Programa Farmácias Notificadoras. Vinculados ao NUVIG, encontramos a Unidade de Farmacovigilância, a Unidade de Tecnovigilância e a Gerência de Vigilância em Serviços Sentinela.

Para saber mais, acesse a página da Anvisa e confira: <<http://portal.anvisa.gov.br/wps/content/Anvisa+Portal/Anvisa/Pos+-+Comercializacao+-+Pos+-+Uso/Vigipos/Assunto+de+Interesse/Diretrizes+Nacionais+de+VIGIPOS>>

Resumindo esta primeira lição, observa-se que a importância da farmacovigilância para a saúde pública está relacionada à possibilidade de:

- identificação de reações adversas em indivíduos de etnias e/ou condições socioeconômicas e culturais, distintas dos ensaios clínicos controlados;
- identificação de reações adversas raras e/ou desconhecidas;
- identificação de fatores de risco e mecanismos subjacentes aos efeitos adversos;

- funcionar como importante instrumento na mudança dos padrões de utilização de medicamentos, saneamento do mercado farmacêutico, e de poder estimular a preocupação com a formação e educação permanente dos profissionais de saúde.

Lição 2 - Reações Adversas a Medicamentos - RAM

Nesta lição, você irá rever mais detalhadamente o assunto reações adversas a medicamentos. Aqui você encontrará abordagens sobre: definições, fatores determinantes, classificação e tipos de RAM, medicamentos como causa de patologias.

Conceitos e classificação das reações adversas

Na farmacovigilância, costuma-se trabalhar com terminologias como evento adverso, efeito adverso e reação adversa.

Você sabe diferenciar evento adverso de reação adversa? Procure pesquisar na literatura sobre o assunto e identifique as definições.

Segundo Edwards e Biriell (1994), **evento adverso** é “qualquer insucesso médico que pode apresentar-se durante o tratamento com um produto farmacêutico, mas que não tem necessariamente uma relação de causalidade com tal tratamento”. Qualquer suspeita envolvendo medicamento e um efeito adverso atribuído a ele pode ser chamado de evento adverso.

Já, a **reação adversa** é conceituada pela Organização Mundial da Saúde como “qualquer efeito prejudicial ou inesperado que se apresente após a administração das doses normalmente utilizadas no homem para a profilaxia ou diagnóstico, ou o tratamento de uma enfermidade.”

Alguns autores e instituições consideram essa definição muito limitada; por isso a ampliaram, para envolver outra gama de problemas ocasionados pelos medicamentos.

Assim, a *American Society of Health-System Pharmacists* (ASHP) define reação adversa a medicamento (RAM) como:

qualquer resposta inesperada, não intencional, indesejável, excessiva de um fármaco, que necessita sua interrupção, a mudança na terapêutica, a modificação da dose, o internamento ou prolongamento da permanência no hospital, necessita tratamento de suporte, afeta o prognóstico, resulta em dano ou incapacidade temporária ou permanente, ou a morte (ASHP, 1995, p. 418).

O *Food and Drug Administration* (FDA) define RAM como:

qualquer experiência associada com o uso de um fármaco, seja ou não considerada relacionada com o fármaco, e inclui qualquer efeito colateral, dano, toxicidade, hipersensibilidade, ou carência de uma ação farmacológica esperada (ASHP, 1995, p. 418).

As definições apresentadas se relacionam, diretamente, com o tipo e o modo como são classificadas as reações adversas. Segundo Laporte e Capellà (1993), as RAM podem ser classificadas quanto ao mecanismo de produção em dependentes do fármaco e dependentes de características do usuário; e quanto ao impacto na saúde em tipo A ou tipo B (RAWLINS; THOMPSON, 1991). Veja isso, mais detalhadamente, nos Quadros 2 e 3, na seqüência:

Quadro 2 - Tipos de reações adversas a medicamentos quanto ao mecanismo de produção

MECANISMO DE PRODUÇÃO	TIPOS DE EFEITOS INDESEJÁVEIS	EXPLICAÇÃO	EXEMPLO
Dependentes do fármaco	Sobredose relativa	Ocorre com dose habitual ou com concentração anormal	Usuários com insuficiência renal tratados com aminoglicosídeos possuem mais chance de desenvolver surdez
	Efeitos colaterais	Inerentes à ação farmacológica do fármaco	Alterações no metabolismo hidroeletrólítico causado pelo uso contínuo de corticoides
	Efeitos secundários	Consequência do efeito buscado	Antimicrobianos podem provocar alteração da flora bacteriana intestinal
Dependentes das características do usuário	Reações de hipersensibilidade	Sua ocorrência necessita da sensibilização prévia do usuário e da mediação de mecanismo imunitário	Uso de penicilinas e ocorrência de choque anafilático
	Reações de idiosincrasia	Em geral são de base genética	Uso de dapsona e sulfonamidas em usuários com déficit de glicose-6-fosfato desidrogenase pode gerar quadro de anemia hemolítica
	Tolerância	Uso contínuo ou crônico de fármaco e a diminuição progressiva do efeito	Uso de benzodiazepínicos, opioides, anticonvulsivantes, entre outros

Fonte: LAPORTE; CAPELLÀ, 1993.

Quadro 3 - Tipos de reações adversas a medicamentos quanto ao impacto na saúde

CARACTERÍSTICAS	TIPO A	TIPO B
Sinônimos	Efeito exagerado, dose-dependente	Efeito bizarro, dose-independente
Mecanismo	Conhecido	Desconhecido
Incidência	Alta (70%)	Baixa (30%)
Morbidade	Moderada	Severa
Mortalidade	Baixa	Alta
Causas	F, FC, FD*	F, FC, FD* (genética, imunológica)
Tratamento	Ajuste Dose	Interrupção
Prevenção	Ajuste Dose	Evitar o Uso

*F: fármaco; FC: farmacocinética e FD: farmacodinâmica

Fonte: adaptado de GHARAIBEH *et al.*, 1998; NARANJO; BUSTO, 1992.



Reflexão

Agora reflita. Qual o impacto das RAM na vida dos usuários e nos custos com a saúde?

De maneira geral, as RAM podem afetar a qualidade de vida do usuário; prejudicar a adesão do usuário ao tratamento; influenciar na perda de confiança do usuário para com o médico; aumentar custos com tratamento e necessidade de hospitalização ou prolongar a hospitalização e aumentar o custo do internamento; além de aumentar a morbidade e mortalidade.

Quanto à gravidade, as RAM podem ser classificadas em leve, moderada, grave e fatal. A **RAM leve** é atribuída às reações de pouca importância e curta duração, que podem requerer tratamento, mas não afetam, substancialmente, a vida normal do usuário. São exemplos: a diarreia, a náusea, a cefaleia leve, as erupções eritematosas, a urticária aguda etc. A **RAM moderada** altera a atividade normal do usuário. Pode provocar hospitalização, atenção em serviços de urgência ou falta às atividades laborais ou educacionais. São exemplos: efeitos de medicamentos que causam a hepatite, a pancitopenia, o parkinsonismo, a distonia aguda, as convulsões etc. A **RAM grave** é aquela que ameaça diretamente a vida do usuário. São exemplos: a agranulocitose, o choque anafilático, o tromboembolismo pulmonar etc.

Os fatores de risco associados à RAM estão relacionados, entre outros, ao próprio medicamento (características físico-químicas, características da formulação, dose, velocidade de infusão e via de administração), a variáveis fisiológicas (idade, sexo, estado nutricional,

gravidez) e patológicas do usuário (doenças crônicas, doenças concomitantes, insuficiências hepática e renal, predisposição genética e antecedentes alérgicos), a situações de exposição ao meio ambiente e a hábitos sociais (álcool, fumo, bebidas com cafeína, alimentos) e culturais (automedicação e uso de remédios caseiros).

No que diz respeito a exposições ambientais, é bom lembrar que os pesticidas (inseticidas, raticidas, fungicidas, herbicidas e fumigantes) podem contribuir para a degradação e modificação de funções elementares do organismo humano, o que pode predispor o indivíduo a reações adversas quando do uso de medicamentos (DIAS *et al.*, 2001), pois os mesmos são indutores da atividade do sistema microssomal P450, interferindo em seu próprio metabolismo e no de outros fármacos.

Outros fatores de risco associados à RAM poderiam ser:

- a dificuldade de obtenção de informações confiáveis sobre os medicamentos e sua utilização inadequada;
- a polimedicação;
- o risco de interações medicamentosas;
- o aconselhamento com balconistas de farmácia e/ou compra em locais não autorizados e mercado negro;
- a prescrição irracional: fármaco(s) e/ou posologia(s), inadequado(s) ou desnecessário(s) para o usuário/doença;
- a manipulação incorreta: medicação de liberação prolongada ou com proteção gastrointestinal (tamponados);
- o uso incorreto da medicação: não compreensão do tratamento, perda da memória, deficiência visual, estados de confusão.

É também interessante observar que várias doenças ou agravos à saúde que conhecemos podem ter sua origem na exposição prévia a medicamentos. No Quadro 4, apresentamos alguns exemplos (INSTITUTO CATALÁ DE FARMACOLOGIA, 1999).

Quadro 4 – Doenças ou agravos à saúde com origem na exposição prévia a medicamentos.

FÁRMACOS	AGRAVOS À SAÚDE
flunarizina, cinarizina, β adrenérgicos, retinoides, bloqueadores dos canais de cálcio, anfetaminas	Depressão
teofilina, agonistas β adrenérgicos, fluoroquinolonas, antidepressivos, ISRS (fluoxetina e similares)	Ansiedade e Insônia

FÁRMACOS	AGRAVOS À SAÚDE
flunarizina, cinarizina, antipsicóticos, metoclopramida	Parkinsonismo
ácido acetilsalicílico em altas doses, macrólidos, indometacina	Vertigem-Instabilidade
esasmolíticos, anti-histamínicos H ₁ , sedantes, antidepressivos tricíclicos	Retenção urinária
diuréticos, benzodiazepínicos, bloqueadores β adrenérgicos α ₁	Incontinência urinária
diuréticos poupadores de potássio, bloqueadores β adrenérgicos, digitálicos, inibidores da enzima conversora da angiotensina, heparinas	Hiperpotassemia
uso crônico de analgésicos	Cefaleia
ergotaminas, dopamina, bromocriptina, alguns bloqueadores β adrenérgicos	Isquemia periférica
corticoides	Cataratas
aminoglicosídeos, macrólidos, furosemida, salicilatos em altas doses	Surdez
benzodiazepínicos, antidepressivos (tricíclicos, inibidores seletivos da recaptação de serotonina), antipsicóticos, anti-histamínicos H ₁ , sedantes, analgésicos opiáceos	Quedas, acidentes de trânsito, de trabalho
inibidores das proteasas, diuréticos tiazídicos em altas doses, pentamidina	Hiperglicemia e descompensação da diabetes
diuréticos tiazídicos, antidepressivos, benzodiazepínicos, bloqueadores β adrenérgicos	Impotência
bloqueadores β adrenérgicos, fibratos, antidepressivos, antipsicóticos	Diminuição do libido

Fonte: INSTITUTO CATALÁ DE FARMACOLOGIA, 1999.

Portanto, nunca se devem descartar as suspeitas de que um medicamento possa ter causado transtornos ao usuário. Para tal, deve-se proceder com uma anamnese farmacológica cuidadosa.

Excipientes com potencial para indução de reações adversas

Falando em suspeita, alguns excipientes, utilizados nas formulações farmacêuticas, podem ser responsáveis pela origem de reações adversas após sua ingestão. Daí a importância de estarmos atentos também à composição do produto.



Ambiente Virtual

No texto de Silva, Arrais, Gonçalves e Vale, intitulado *Presença de excipientes com potencial para indução de reações adversas em medicamentos comercializados no Brasil*, publicado na Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas, pode-se ter uma ideia dessa situação. O texto está disponível na Biblioteca.

Reações adversas a plantas medicinais e fitoterápicos

Outro tópico importante é o uso, pela população, de plantas medicinais e fitoterápicos, que tem boa aceitação e está em ascensão no país. E quem disse que plantas medicinais e fitoterápicos estão isentos de efeitos indesejados?



Ambiente Virtual

O texto de Silveira, Bandeira e Arrais, intitulado *Farmacovigilância e reações adversas às plantas medicinais e fitoterápicos: uma realidade*, publicado na Revista Brasileira de Farmacognosia, deixa bem clara a possibilidade desse risco. Sugerimos que você leia o texto e tire suas próprias conclusões. O artigo está disponível na Biblioteca.

Você percebeu que há uma infinidade de fatores que podem desencadear uma reação adversa? Essas reações podem ser originadas a partir de características do próprio fármaco, ou, então, do usuário. A gravidade e o impacto na saúde do indivíduo variam de reação para reação. Até os excipientes utilizados na produção de um determinado medicamento podem resultar no surgimento de uma RAM. Tendo em vista o panorama estudado, a atuação do farmacêutico na detecção e no manejo de reações adversas a medicamentos é de fundamental importância.

Lição 3 - Intoxicações humanas por medicamentos

Nesta lição, você compreenderá a importância da farmacovigilância frente a prevenção das intoxicações humanas. Para tal, você conhecerá algumas estatísticas referentes ao número de intoxicações por medicamentos, no Brasil, e suas consequências para a saúde pública.

A problemática do uso irracional de medicamentos pode levar a sérias consequências, uma delas está relacionada com o risco de intoxicações. Para contextualizar este tema, vamos acompanhar as estatísticas dos Centros de Informação e Assistência Toxicológicas do Brasil (CIAT).

De acordo com o Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas, o SINITOX, em 2010, dos casos de intoxicação registrados no Brasil, os principais agentes em seres humanos foram:

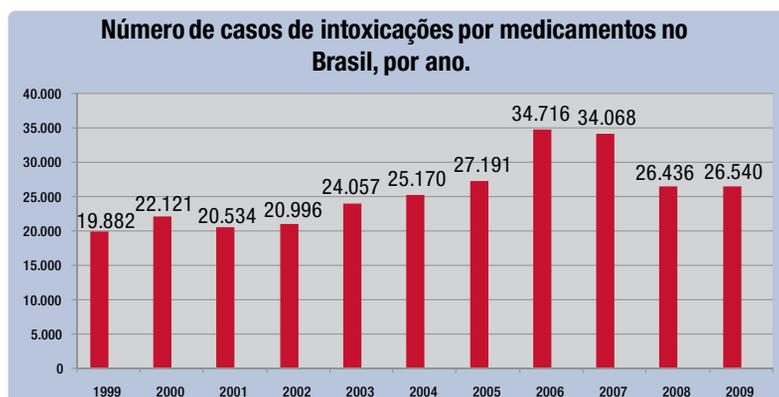
1º lugar: medicamentos (26,85%);

2º lugar: animais peçonhentos (19,62%);

3º lugar: domissanitários (11,17%).

Os medicamentos são a principal causa de intoxicações em humanos, desde 1996. O gráfico, a seguir, aponta a evolução temporal dos casos de intoxicação por medicamentos, entre os anos de 1999 e 2009.

Gráfico 1 - Evolução temporal de casos de intoxicações por medicamentos no Brasil.



Fonte: SINITOX, 2010.

Em relação à faixa etária, os medicamentos são os agentes tóxicos que lideram as intoxicações em crianças menores de 5 anos, em jovens de 15 a 19 anos e em adultos de 20 a 39 anos. Quanto ao sexo, as mulheres são as mais acometidas.

Imagine o impacto deste fato na saúde pública. Na maioria das vezes, as intoxicações ocorrem de forma acidental, seguida das tentativas de suicídio. Além disso, quase sempre um usuário intoxicado exige cuidados extremos e hospitalização. Do total de intoxicações por medicamentos, registradas em 2008, apenas 36,9% dos casos evoluíram para cura, 20,6% não evoluíram para a cura (sequelas e/ou óbito) e 42,4% não possuíam registro da evolução. Esses dados demonstram que a situação é grave, pois parte da população que sofre intoxicação por medicamentos torna-se permanentemente dependente dos serviços de saúde, exigindo uma estrutura médico-hospitalar efetiva, e, como consequência, aumentando os custos do setor saúde e prejudicando seriamente a qualidade de vida do usuário.



Agora, convidamos você para assistir a um vídeo que fala sobre as intoxicações por medicamentos e a uma entrevista com a Dra. Marlene Zannin, supervisora do CIAT de Santa Catarina. Acesse o vídeo no AVEA.

Outro fator importante é a subnotificação. As ligações ou o encaminhamento dos usuários aos CIAT é voluntária. Por outro lado, boa parte dos usuários com intoxicações leves não procuram os serviços de saúde, não sendo, desse modo, computados na estatística. Além disso, percebe-se que o processo de notificação é falho, deixando lacunas (como no caso da evolução não registrada).

Para melhorar o registro dos casos de intoxicações atendidos pelos CIAT, a Associação Brasileira de Centros de Informação e Assistência Toxicológica - ABRACIT - implantou, em 2012, um sistema informatizado em todos os Centros – DATATOX. Esse é o Sistema Brasileiro de Registro de Intoxicações dos Centros de Informação e Assistência Toxicológica, o qual permite a harmonização das informações e o detalhamento dos medicamentos envolvidos. Além disso, permite diferenciar problemas relacionados à superdosagem daqueles relacionados com a dose terapêutica e outros erros relacionados aos medicamentos.

Segundo a Portaria GM/MS n. 104, de 25 de janeiro de 2011, as intoxicações passaram a fazer parte dos agravos de notificação compulsória no Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN e devem ser notificadas pelo serviço de saúde que prestou o atendimento. Dessa forma, poderemos avaliar o impacto dessa medida em relação aos medicamentos.

Dentre os fatores que contribuem para o aumento significativo no número de intoxicações por medicamentos, a cada ano, estão aqueles que já citamos na apresentação desta unidade, como a propaganda de medicamentos e a prática da automedicação. De acordo com Margonato e colaboradores (2008), outro fator que interfere no aumento do número de acidentes com medicamentos, gerando quadros de intoxicação, principalmente em crianças, é a utilização abusiva de embalagens atraentes, medicamentos coloridos e adocicados, com sabor de frutas e formato de bichinhos. Além disso, quem de nós não possui medicamentos guardados em casa? E como é feito o armazenamento desses produtos? O ideal é manter os medicamentos longe do alcance de crianças, realizar o descarte adequado de produtos que não serão mais utilizados e/ou que estejam vencidos; bem como manter os medicamentos dentro da

sua embalagem original. Esses são cuidados simples, mas muitas vezes não executados, o que facilita a ocorrência de uma situação que poderia ser evitada, ou seja, o uso acidental de medicamentos.



Ambiente Virtual

Para conhecer mais sobre o assunto, sugerimos a leitura do texto de Margonato e colaboradores, intitulado *Determinantes nas intoxicações medicamentosas agudas na zona urbana de um município do Sul do Brasil*, publicado no periódico Cadernos de Saúde Pública.

Outra sugestão é o artigo de Galdolfi e Andrade, intitulado *Eventos toxicológicos relacionados a medicamentos no estado de São Paulo*, publicado na Revista de Saúde Pública.

Esses artigos estão disponíveis na Biblioteca.

Tendo em vista o panorama apresentado, é hora de refletir:

- Como a farmacovigilância pode contribuir para minimizar a problemática das intoxicações por medicamentos?
- Você se lembra dos objetivos da farmacovigilância, apresentados na lição 1 desta unidade?

Todos eles estão relacionados, de alguma forma, com a questão das intoxicações por medicamentos.

Se a farmacovigilância busca contribuir para a utilização segura, racional e mais eficaz dos medicamentos, ela pode atuar subsidiando os profissionais de saúde com ferramentas, que auxiliem na minimização dos problemas gerados a partir do uso irracional de medicamentos, como as intoxicações. Uma das ferramentas mais importantes é a notificação de casos suspeitos de reações adversas e queixas técnicas, que vamos estudar a seguir, na lição 4.

Lição 4 - Métodos aplicados à farmacovigilância

Agora que você lembrou os referenciais e as definições essenciais e pode compreender a importância da farmacovigilância para a saúde pública, nesta lição, você conhecerá as ferramentas da farmacovigilância, disponíveis para subsidiar o trabalho dos profissionais de saúde e gestores na identificação, prevenção,

notificação e intervenção em caso de suspeita de eventos adversos. Você estudará, então, sobre os métodos aplicados à farmacovigilância: métodos de classificação da OMS, sistema de notificação de RAM e queixa técnica (QT), regulação de medicamentos, fontes de informação sobre medicamentos e reações adversas.

Na farmacovigilância existem vários métodos que podem ser empregados para a identificação de reações adversas a medicamentos. Alguns geram hipóteses das ocorrências de casos e são do tipo descritivo (comunicações a revistas médicas, notificação voluntária, estudos das estatísticas de morbimortalidade), e outros são empregados para a confirmação dessas hipóteses e se valem de estudos do tipo analítico (experimental ou observacional: caso controle ou coorte).

Notificação de Reações Adversas e Queixas Técnicas de Medicamentos

O mais empregado na farmacovigilância é a notificação voluntária ou espontânea de casos suspeitos de RAM e queixas técnicas. Entre as vantagens desses métodos, pode-se citar: detecta reações adversas de baixa frequência; gera sinais de alerta, que, segundo Edwards e Biriell (1994), é a “Comunicação de uma possível relação de causalidade entre um evento adverso e um fármaco, quando esta relação era previamente desconhecida ou documentada de forma incompleta”; não interfere nos hábitos de prescrição; permite um rápido envolvimento dos profissionais de saúde; abrange todo o período de vida do medicamento no mercado; é de fácil aplicação e de baixo custo. No que diz respeito às desvantagens, esses métodos podem favorecer uma subnotificação de casos; apresentar incapacidade para estabelecer incidências; favorecer uma notificação seletiva: reações agudas, conhecidas e envolve fármacos de recente comercialização.

O método de notificação voluntária/espontânea utiliza um formulário básico, pelo qual são coletadas as seguintes informações:

- identificação do usuário e do notificador, mantidas totalmente confidenciais;
- fármaco(s) suspeito(s) (nome comercial e genérico, laboratório, via de administração, dose, data do início e fim do tratamento, indicação do uso);
- outros fármacos utilizados (incluindo automedicação);
- natureza, localização, características e gravidade dos sintomas da reação adversa suspeita, início e tempo de duração da reação; e
- outros dados relevantes (fatores de risco).

Desse processo voluntário podem participar médicos, farmacêuticos, enfermeiros, dentistas, outros profissionais de saúde e os próprios usuários. Da mesma forma, a indústria farmacêutica também tem a responsabilidade de comunicar os casos que chegam ao seu conhecimento. Podem ser comunicados casos suspeitos de eventos que põem em perigo a vida do usuário; produzidos por fármacos de recente comercialização; que provoquem reações fatais ou efeitos irreversíveis; que provoquem ou prolonguem internamento; que induzam a malformações congênitas. Entretanto, para aqueles que estão interessados em desenvolver tal método e empregar os instrumentos desenhados para avaliar os casos suspeitos, vale a pena trabalhar na avaliação de casos possivelmente comuns, principalmente para aprimorar o método.

Os motivos que pesam na decisão do médico para não notificar casos, segundo estudo realizado por Belton (1997), são:

- a) crença de que só se permite comercializar fármacos seguros;
- b) medo de sofrer denúncias por parte dos usuários;
- c) sentir-se culpado pelo dano que o tratamento causou ao usuário;
- d) interesse pessoal de publicar casos;
- e) não saber da existência do sistema;
- f) medo de notificar simples suspeitas;
- g) letargia, uma mistura de falta de tempo, falta de fichas e outras desculpas.

Numa situação de suspeita de reação adversa por determinado medicamento, a relação entre o início da RAM e o início da utilização do medicamento, chamada de relação de causalidade, é de suma importância.

Para avaliar a relação de causalidade dos casos suspeitos, podem ser empregados os seguintes parâmetros:

- Houve intervalo adequado entre o uso do medicamento e o evento?
- A reação pode ser explicada pelo quadro clínico ou por outro fármaco/excipientes?
- As propriedades farmacológicas do medicamento podem explicar o evento?

- Existem evidências na literatura que tenha descrito este evento ou algum quadro semelhante?
- Suspendeu-se a medicação?
- Melhorou ao suspender a medicação?
- Houve reexposição?
- Houve reaparecimento da reação após a reexposição?

Outros dados importantes e que podem ajudar na avaliação são: resultados laboratoriais, estudo das interações medicamentosas ou com alimentos, confirmação do diagnóstico inicial, hábitos sociais, automedicação etc.

Para garantir o sucesso do método de notificação voluntária é necessário sensibilizar os profissionais de saúde e usuários; distribuir a ficha de notificação, o folheto informativo e os boletins; ter esquema definido para coleta das notificações ou busca ativa de casos e dar retorno aos notificadores, agradecendo a participação e enviando conclusões sobre a avaliação do caso.

Antes de iniciar o processo de avaliação é necessário verificar a qualidade da notificação, observando se o preenchimento foi adequado (fonte da informação, clareza, campos não preenchidos), a qualidade do diagnóstico, a necessidade de informações complementares e a necessidade de acompanhamento do caso.

Nesse processo, são empregados alguns métodos de classificação/codificação recomendados pela OMS, como:

- a) A classificação dos medicamentos: *Anatomical Therapeutic Chemical Classification (ATC-WHO)*. Consulte a página: www.whocc.no/atcddd.
- b) A classificação das reações adversas: *Adverse Drug Reaction (ADR-WHO)*.
- c) A classificação das doenças para as quais os medicamentos estão sendo empregados: Código Internacional de Doenças (CID).
- d) Algoritmos para classificar a relação de causalidade. A OMS tem seu próprio algoritmo: caso definido, provável, possível, improvável, condicional/não classificável.
- e) A classificação da gravidade: leve, moderada, grave e letal.

Os Quadros 5 e 6 apresentam a classificação das RAM, segundo a metodologia preconizada pela OMS – Avaliação da causalidade e gravidade. A compreensão desses itens é importante para subsidiar suas ações no processo de detecção de reação adversa.

Quadro 5 - Classificação das RAM, segundo a metodologia preconizada pela OMS – Avaliação da causalidade

AVALIAÇÃO DA CAUSALIDADE	
Definida	Um evento clínico, incluindo anormalidades de exames laboratoriais, ocorrendo em um espaço de tempo plausível em relação à administração do medicamento, e que não pode ser explicado pela doença de base ou por outros medicamentos ou substância química. A resposta da retirada do medicamento deve ser clinicamente plausível. O evento deve ser farmacologicamente ou fenomenologicamente definido, utilizando um procedimento de reintrodução satisfatória, se necessário.
Provável	Um evento clínico, incluindo anormalidades de exames laboratoriais, com um tempo de sequência razoável da administração do medicamento, com improbabilidade de ser atribuído à doença de base ou por outros medicamentos ou substância química, e que requer uma resposta clinicamente razoável, após a retirada. A informação de reintrodução não é necessária para completar esta definição.
Possível	Um evento clínico, incluindo anormalidades de exames laboratoriais, com um tempo de sequência razoável da administração do medicamento, mas que poderia também ser explicado pela doença de base ou por outros medicamentos ou substâncias químicas. A informação sobre a retirada do medicamento pode ser ausente ou ser claramente conhecida.
Improvável	Um evento clínico incluindo anormalidades de exames laboratoriais, com relação de tempo com a administração do medicamento que determina uma improvável relação causal, na qual outros medicamentos, substâncias químicas ou doenças subjacentes fornecem explicações plausíveis.
Condicional/Não classificável	Um evento clínico incluindo anormalidades de exames laboratoriais, relatados como um evento adverso, sobre o qual é essencial mais dados para uma avaliação apropriada ou os dados adicionais estão sob observação.

Fonte: ARRAIS; FONTELES; COELHO, 2005.

Quadro 6 - Classificação das RAM segundo a metodologia preconizada pela OMS – Avaliação da gravidade

AVALIAÇÃO DA GRAVIDADE	
Leve	Reação de pequena importância clínica e de curta duração, podendo requerer tratamento, não afetando substancialmente a vida do usuário.
Moderada	Reação que altera as atividades habituais do usuário, resultando em incapacidade transitória sem sequelas, podendo causar falta ao trabalho ou à escola e podendo exigir atendimento em serviço de saúde.
Grave	Reação que ameaça diretamente a vida do usuário, provoca hospitalização e pode causar sequelas permanentes.
Letal	Reação que resulta em óbito.

Fonte: CAPELLÀ *et al.*, 1988; COELHO *et al.*, 1999; WHO, 2002.

As informações geradas pela notificação voluntária possuem grande utilidade para as autoridades sanitárias, os profissionais de saúde e a sociedade, já que auxiliam na regulamentação dos medicamentos (autorização de registro, modificação de bulas, retirada de produtos

do mercado, restrição do uso, instruções para o melhor uso do fármaco); são utilizadas para informar e educar estudantes, profissionais da saúde e os próprios usuários; subsidiam a Comissão de Farmácia e Terapêutica; são utilizadas na elaboração de materiais técnico-científicos e educativos, publicação de boletins, artigos científicos, livros etc.

São, ainda, questões relevantes para a farmacovigilância: desvio da qualidade de produtos farmacêuticos; erros de administração de medicamento; notificações de perda da eficácia; uso de fármacos para indicações não aprovadas, que não possuem base científica adequada; intoxicação aguda ou crônica por produtos farmacêuticos; avaliação de mortalidade; abuso e uso errôneo de produtos; interações, com reações adversas, de fármacos com substâncias químicas, outros fármacos e alimentos.

Outro tipo de notificação é a **queixa técnica** ou o **desvio de qualidade**, feita pelo profissional de saúde quando observado um afastamento dos parâmetros de qualidade, exigidos para a comercialização ou aprovação no processo de registro de um produto farmacêutico, ou seja, qualquer problema relacionado com a qualidade do produto medicamentoso, como, por exemplo, falta de eficácia terapêutica, presença de corpo estranho, dificuldade na reconstituição, diluição, alteração ou adulteração evidente (mudança das características organolépticas: cor, odor ou sabor) do produto (ARRAIS *et al.*, 1999).

Para a correta notificação de casos de queixa técnica ou desvio de qualidade é importante informar: o nome do produto (comercial ou genérico); o laboratório produtor; a data de fabricação e validade; o número do lote; a descrição do problema.

Você já fez uma notificação de RAM e/ou de desvio de qualidade? Vamos ver passo a passo como se faz?

Passo 1. A partir de um caso suspeito de evento adverso, você pode acessar o endereço eletrônico da Anvisa no *link* a seguir:



Links

Os casos podem ser notificados eletronicamente pelo *Sistema de Notificação em Vigilância Sanitária – Notivisa* <<http://www.anvisa.gov.br/hotsite/notivisa/index.htm>>

Passo 2. Para ter acesso ao sistema Notivisa, você precisa se cadastrar (acesse o cadastro na barra horizontal superior da página). Se já for cadastrado, é só acessar o sistema digitando usuário e senha.

Passo 3. Selecione o produto/motivo da notificação.

Passo 4. O formulário é simples e contém 5 abas para serem preenchidas: sobre o evento adverso, sobre os medicamentos/ empresa, sobre o usuário, outras informações e pendências.

Passo 5. Depois de tudo preenchido, é só enviar.

Além disso, você pode acompanhar as notificações efetuadas no Notivisa.

Você sabia que qualquer cidadão pode acessar o Notivisa e encaminhar uma notificação de evento adverso? Do mesmo modo, o acesso pode ser feito por meio da página principal do endereço eletrônico da Anvisa <<http://www.anvisa.gov.br>>, no ícone à direita “Notificação – Notivisa” ou pelo endereço <<http://www.anvisa.gov.br/hotsite/notivisa/formularios.htm>>, sem necessidade de efetuar cadastro.

Agora, vá até o ambiente virtual e assista à simulação. Convidamos você a acessar o Notivisa e conhecer essa ferramenta na prática. Comece a utilizá-la no seu trabalho para notificar os casos suspeitos e confirmados de reações adversas e desvios de qualidade de medicamentos. As notificações enviadas são mantidas sob sigilo.

Este é um mecanismo importante, criado pela Anvisa com a função de:

- subsidiar o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS) para identificar reações adversas ou efeitos não-desejados dos produtos;
- aperfeiçoar o conhecimento dos efeitos dos produtos e, quando indicado, alterar recomendações sobre seu uso e cuidados;
- regular os produtos comercializados no país e, de forma geral, promover ações de proteção à Saúde Pública.

É importante que os profissionais de saúde, que lidam diretamente com uso de medicamentos - como farmacêuticos, médicos, odontólogos e enfermeiros - conheçam e utilizem o Notivisa.



Ambiente Virtual

Para saber um pouco mais sobre as Boas Práticas de Análise e Gestão de Risco em farmacovigilância, acesse o *Guia de Boas Práticas de Farmacovigilância para as Américas*, na Biblioteca.

O Ministério da Saúde por intermédio da Portaria GM n. 529, de 1º de abril de 2013, instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), que visa estabelecer medidas que aumentem a segurança do paciente e a qualidade dos serviços de saúde. Uma das estratégias do PNSP tem a ver com a Farmacovigilância, pois aponta para a necessidade da implementação sistemática de vigilância e monitoramento de eventos adversos na assistência à saúde.



Links

Para saber mais sobre segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde acesse o *link*:

<http://www.anvisa.gov.br/hotsite/segurancadopaciente/index.html>

Histórico das ações de farmacovigilância no Brasil

Desde 2005, o Brasil participa do Programa Internacional de Monitorização de Reações Adversas a Medicamentos, da Organização Mundial da Saúde. Esse programa foi criado em 1968 e conta com a colaboração do Centro Internacional de Monitorização *The Uppsala Monitoring Centre* (www.who-umc.org). Mais de 110 países participam oficialmente do programa e 32 são associados (consulta em 01/07/13). Em abril de 2013, o sistema contava com mais de 8 milhões de casos notificados.

No Brasil, o Centro Nacional de Monitorização de Medicamentos se encontra na Unidade de Farmacovigilância da Anvisa, a qual recebe as notificações encaminhadas por hospitais sentinela, farmácias notificadoras, indústrias farmacêuticas e Centros de Farmacovigilância Estaduais, bem como usuários de medicamentos.



Para saber um pouco mais sobre a criação e a estruturação da farmacovigilância no Brasil, entrevistamos a atual chefe do Núcleo de Gestão do Sistema Nacional de Notificação em Vigilância Sanitária (NUVIG) da Anvisa, a farmacêutica Maria Eugênia Cury. Acesse o vídeo no AVEA.

Recomendamos também a leitura do texto *Farmacovigilância no Brasil*, de Varallo e Mastroianni, publicado no livro *Farmacovigilância: da teoria à prática* (Editora Unesp, 2013, p.12-16).

A farmacovigilância e a atuação farmacêutica: a internet como instrumento de referência

Informações referentes aos medicamentos podem ser obtidas de várias fontes, entre as quais destacam-se as oriundas das agências reguladoras de medicamentos, Centros de Informação sobre Medicamentos, Centros de Farmacovigilância, Centros de Informação Toxicológica, e produções científicas como livros-textos, manuais técnicos e artigos científicos. Para obter essas e outras informações, segue uma lista com os endereços eletrônicos mais recomendados:

Agências ou autoridades reguladoras na área de medicamentos:

- Agência Nacional de Vigilância Sanitária: <<http://www.anvisa.gov.br>>
- *Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS)*: <<http://www.aemps.gob.es>>
- *The European Agency for the Evaluation of Medicinal Products*: <<http://www.emea.europa.eu>>
- *Food and Drug Administration (EUA)*: <<http://www.fda.gov>>
- *Medicines and Healthcare Products Regulatory Agency (Reino Unido)*: <<http://www.mhra.gov.uk>>
- *TGA Therapeutical Goods Administration (Austrália)*: <<http://tga.gov.au>>
- *New Zealand Medicines and Medical Devices Safety Authority*: <<http://www.medsafe.govt.nz>>

Nesses endereços podem ser encontradas normas legais que constituem o fundamento para o exercício democrático da regulação e do controle de medicamentos, lista de produtos registrados, monografia de produtos, farmacopeias, manuais técnicos e educativos, livros-textos etc.

Para exemplificar a utilidade dessas páginas, escolhemos a da Anvisa para mostrar suas potencialidades na área da farmacovigilância.



Links

A ação em vigilância sanitária depende de conhecimento e de base legal. Para buscar Leis, Decretos, Resoluções, Portarias e outras normas legais, utilize o *Saúde Legis – Sistema de legislação da Saúde* (http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/LEG_NORMA_PESQ_CONSULTA.CFM).

Com o caráter de promover a proteção da saúde, diminuindo ou eliminando riscos, e visando o uso e a prescrição racional de medicamentos, a Anvisa publicou várias Resoluções da Diretoria Colegiada (RDC), as quais tem impacto, direto ou indireto, no consumo de medicamentos e, conseqüentemente, na farmacovigilância.

São exemplos:

- Portaria SVS/MS n. 344, de 12/05/1998, aprova o regulamento técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial, e suas atualizações.
- RDC n. 320, de 22/11/2002, determina que as empresas distribuidoras de produtos farmacêuticos devem notificar a autoridade sanitária competente, de imediato, ante quaisquer suspeitas de alteração, fraude, falsificação ou roubo dos produtos que distribui, com a indicação do número dos lotes.

Com relação a esse assunto, a página da Anvisa disponibiliza bancos de dados para consulta a medicamentos registrados e medicamentos/empresas irregulares, onde se podem buscar informações sobre produtos apreendidos, falsificados, interditados, recolhidos, revogados, roubados, suspensos, suspensos de importação. O princípio da precaução é imperativo para evitar danos/agravs aos consumidores.

- Lei n. 11.903, de 14/01/2009, cria o Sistema Nacional de Controle de Medicamentos, que monitora todo medicamento produzido, dispensado e vendido no país.
- Resolução n. 47, de 08/09/2009, estabelece regras para elaboração, harmonização, atualização, publicação e disponibilização de bulas de medicamentos para usuários e para profissionais de saúde.

Com relação a bulas, a Anvisa disponibiliza, em sua página, um banco de dados para consulta às bulas de medicamentos, intitulado “bulário eletrônico”, no qual podem ser obtidas informações de bulas para o usuário e para o profissional da saúde (http://www.anvisa.gov.br/fila_bula/). Informações provenientes da farmacovigilância podem alterar as bulas.

- RDC n. 96, de 17/12/2008, dispõe sobre a propaganda, publicidade, informação e outras práticas cujo objetivo seja a divulgação ou promoção comercial de medicamentos.
- RDC n. 04, de 10/11/2009, dispõe sobre as normas de farmacovigilância para os detentores de registro de medicamentos de uso humano. Entre outras, a norma aponta as funções e rotinas em farmacovigilância; a notificação de casos e seus prazos; a transmissão das notificações; os relatórios periódicos de segurança; a inspeção dos sistemas de farmacovigilância das empresas farmacêuticas; e os procedimentos relativos aos estudos fase 4, pós-registro.

As normas que falam em “Boas Práticas” também são importantes e, se cumpridas à risca, garantem segurança aos consumidores. São exemplos:

- RDC n. 17, de 16/04/2010, dispõe sobre o regulamento técnico das Boas Práticas para a Fabricação de Medicamentos.
- RDC n. 204, de 14/11/2006, dispõe sobre regulamento técnico de Boas Práticas de Distribuição e Fracionamento de Insumos Farmacêuticos.
- RDC n. 44, de 17/08/2009, dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento da

dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências.

É importante observar que essas normativas podem ser alteradas com o tempo, portanto fique atento.

No que diz respeito à pós-comercialização/pós-uso, a página da Anvisa tem uma área específica para a farmacovigilância (<http://portal.anvisa.gov.br/wps/content/Anvisa+Portal/Anvisa/Pos++Comercializacao++Pos++Uso/Farmacovigilancia>), na qual se pode consultar boletins informativos, guias/guidelines, comunicados sobre segurança de medicamentos e publicações na área da farmacovigilância, e da qual destacam-se:

- *Diretrizes para o gerenciamento do risco em farmacovigilância*, do qual recomendamos a leitura; e
- *Boas Práticas de Inspeção em farmacovigilância para detentores de registro de medicamentos*.

Na Biblioteca Virtual em Saúde, do Ministério da Saúde <<http://bvsms.saude.gov.br/php/index.php>> podem ser encontradas outras publicações na área da Farmacovigilância:

- *A importância da farmacovigilância: monitorização da segurança dos medicamentos*;
- *Monitorização da segurança de medicamentos: diretrizes para criação e funcionamento de um Centro de Farmacovigilância*.



Ambiente Virtual

Você pode acessar a publicação da Anvisa *Diretrizes para o Gerenciamento do Risco em Farmacovigilância* na Biblioteca.

Com o objetivo de fornecer acesso rápido ao conhecimento científico, por meio de publicações atuais e sistematicamente revisadas, o Ministério da Saúde, em parceria com a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes/MEC), criou o portal “Saúde Baseada em Evidência”.



Links

Para acessar o conteúdo disponível no portal *Saúde Baseada em Evidência*, acesse o link <<http://aplicacao.periodicos.saude.gov.br/>> e preencha o cadastro.

Publicações, Boletins, Guias, Revistas e Manuais na área de farmacovigilância no mundo

- *Uppsala Monitoring Centre*: <<http://www.who-umc.org>>
- *Current Problems in Pharmacovigilance*: <<http://www.mhra.gov.uk>>
- *Butlletí Groc* (Espanha): <<http://www.icf.uab.es>>
- *Canadian Adverse Reaction Newsletter*: <<http://www.hc-sc.gc.ca>>
- Boletins de Medicamentos (*International Society of Drug Bulletins*): <<http://www.isdbweb.org/pag/index.php>>
- *Australian Prescriber*: <<http://www.australianprescriber.com>>
- BTA - *Boletín Terapéutico Andaluz* (Espanha): <http://www.cadime.es/es/boletines_publicados.cfm>
- *Focus* (Itália): <<http://www.farmacovigilanza.eu/>>
- *INRUD News - International Network for Rational Use of Drugs*: <<http://www.inrud.org/INRUD-News/>>
- *Therapeutics Initiative - Evidence based Drug Therapy*: <<http://www.ti.ubc.ca/es>>
- *WHO Drug Information*: <<http://www.who.int/medicines/publications/druginformation/en/index.html>>

- *Boletín Fármacos* (Latinoamericano): <<http://www.boletinfarmacos.org>>
- Temas seleccionados. Uso Racional de medicamentos: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/temasseleccionados.pdf>>
- Formulário Terapêutico Nacional: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/FTN_2010.pdf>
- *British National Formulary* (BNF): <<http://www.bnf.org/bnf/index.htm>>

Centros de informação sobre medicamentos

Nos Centros de Informação de Medicamentos/Serviços de Informação de Medicamentos (CIM/SIM), podem ser obtidas informações atualizadas, fidedignas e imparciais sobre medicamentos.



Links

O papel dos CIM/SIM na farmacovigilância pode ser apreciado no artigo de Arrais e colaboradores, intitulado *Sistema Nacional de Farmacovigilância: proposta de contribuição do Sistema Brasileiro de Informação sobre Medicamentos* (SISMED). O artigo pode ser acessado no *link*:

<http://docvirt.com/asp/acervo_cebes.asp?bib=SAUDEDEBATE&pesq=Titulo%20do%20Artigo:%20SISTEMA%20NACIONAL%20DE%20FARMACOVIGILANCIA:%20PROPOSTAS>

Os CIM/SIM trabalham com informações passivas, atendendo solicitações de informação sobre medicamentos, oriundas de profissionais de saúde ou público em geral. Após recebimento da solicitação, o Centro passa a analisá-la, realizando busca na literatura científica, e termina com a elaboração e transmissão da resposta ao solicitante.

No Brasil, existem diversos Centros e Serviços de Informação sobre Medicamentos que foram reunidos, em 2010, na Rede Brasileira de Centros e Serviços de Informação sobre Medicamentos – REBRACIM.

De maneira geral, o centro de documentação dos CIM/SIM será útil para a avaliação dos casos suspeitos de reações adversas

a medicamentos e para a avaliação da relação de causalidade. O CIM/SIM também funciona como observatório de solicitações que envolvem possíveis casos de RAM, conseqüentemente, poderá ser um colaborador na notificação de casos suspeitos.

Lição 5 - A farmacovigilância e o ciclo da assistência farmacêutica

Conforme já estudado no Módulo de Políticas de Saúde e acesso aos medicamentos, as etapas do ciclo da assistência farmacêutica devem estar articuladas e inter-relacionadas de forma sistêmica. De acordo com Marin e colaboradores (2003), uma das principais ferramentas de gerenciamento das ações de assistência farmacêutica são os sistemas de informação. Apesar da sua complexidade, os sistemas de informação permitem melhorias em todos os componentes do ciclo, proporcionando um bom padrão no suprimento de medicamentos. A tendência na utilização de sistemas de informação é cada vez maior, devido as suas vantagens e possibilidades, bem como ao acesso facilitado às tecnologias de informação e comunicação.

Falando em gestão

Você viu, na entrevista com a Chefe do NUVIG (Anvisa), diversos aspectos da relação entre a farmacovigilância e a gestão da assistência farmacêutica. Se por muito tempo as áreas de vigilância e assistência ficaram absolutamente separadas no cotidiano das secretarias e unidades de saúde, essa realidade tem se modificado substancialmente com a profissionalização desses setores. As propostas mais atuais de farmacovigilância têm envolvido, cada vez mais, a atenção básica como espaço e ambiente de investigação permanente sobre a eficácia e a segurança dos medicamentos (além dos hospitais e centros especializados, que já têm certa tradição nessa atividade).

E as relações da farmacovigilância com a gestão da assistência farmacêutica vão ainda mais além: uma é subsídio para o bom desempenho da outra.

Para nos ajudar a identificar também a nossa atuação nesse setor, os autores desta unidade elaboraram uma série de situações hipotéticas e exemplos da interface entre as ações mais características da assistência farmacêutica (como seleção, aquisição e armazenamento) e a farmacovigilância.

Vamos acompanhar a seguir.

Farmacovigilância e a seleção de medicamentos

Você já parou para pensar como a seleção de medicamentos e a farmacovigilância se relacionam? Convidamos você para refletir sobre isso.

Vamos imaginar o trabalho no seu município, como ocorre a seleção dos medicamentos? Existem medicamentos pactuados que não constam nas listas de medicamentos essenciais?

Você já estudou, no Módulo 3, sobre a importância da seleção de medicamentos ser pautada nas melhores evidências científicas disponíveis, certo?

Pois bem, imagine agora se um determinado medicamento selecionado não possui garantia de eficácia e segurança bem delineada. É seguro expor a população ao uso desse medicamento?

Imagine se esse medicamento começasse a surtir reações adversas até então não monitoradas ou, se monitoradas, isso ocorresse numa frequência bem mais baixa do que o real. Muitos medicamentos mostram não serem seguros mesmo depois de serem registrados na Anvisa, quando já são utilizados por muitos usuários e, muitas vezes, sua comercialização fica proibida. Um caso recente que vivenciamos em 2011 foi a proibição dos anorexígenos pela Anvisa, já que estudos mais atuais demonstraram relação risco *versus* benefício desfavorável. Outro caso relativamente recente foi a retirada do anti-inflamatório inibidor seletivo da COX-2, rofecoxib, em 2004, após confirmar risco cardiovascular associado ao uso do medicamento.

A Anvisa, por meio da unidade de Farmacovigilância, é responsável pelo monitoramento dos medicamentos também na fase pós-registro.



Reflexão

Refleta e discuta com seus colegas: De que forma o farmacêutico, como gestor, pode atuar para evitar problemas que possam refletir na farmacovigilância, durante o processo de seleção de medicamentos?

Farmacovigilância e a aquisição de medicamentos

Marin e colaboradores (2003) destacam que, no setor público, a aquisição de medicamentos é uma das etapas que contribuem para a credibilidade dos serviços farmacêuticos. Realmente, de nada adianta termos medicamentos selecionados com rigor, boas condições de armazenamento, uma equipe de saúde bem preparada para prescrevê-los e dispensá-los, se houver falhas na sua aquisição.

Logicamente, se a qualidade dos medicamentos adquiridos for duvidosa, os problemas em relação à falta de eficácia e segurança podem aparecer, resultando em aumento de reações adversas, toxicidades, ineficácia terapêutica, entre outros.

Outra questão importante de uma problemática bastante complexa, se refere à falsificação de medicamentos e suas consequências para a saúde pública. Indústrias clandestinas que produzem medicamentos falsificados, sem registro na Anvisa e sem garantia de eficácia e segurança, deixam o consumidor exposto a problemas advindos da utilização de produtos sem procedência.

Tanto no setor público quanto no privado, a seleção dos fornecedores de insumos, independentemente da modalidade de compra, deve contemplar algumas exigências técnicas e administrativas, incluindo a apresentação do laudo de análise para cada lote fornecido, emitido pelo fabricante.



Reflexão

Você, como gestor, o que faz no seu município para evitar problemas na aquisição de medicamentos, que possam refletir em danos ao usuário?

A partir desses exemplos, podemos confirmar a importância da gestão eficaz na aquisição de medicamentos. É importante que o farmacêutico ou gestor selecione os fornecedores mais qualificados para o suprimento dos materiais. Além disso, é importante ter acesso aos laudos de qualidade das indústrias, dos laboratórios e das distribuidoras de medicamentos que fornecem produtos para a rede pública. Nesse sentido, a existência de um sistema de informações sobre o controle de estoques, os produtos, os fornecedores e preços de mercado constituem um aspecto fundamental para o êxito das atividades de programação e aquisição.

A Anvisa também vem trabalhando para impedir o aumento no número de empresas clandestinas e de medicamentos falsificados. No Brasil, foi criado o Sistema Nacional de Controle de Medicamentos, por meio da Lei n. 11.903, de 14 de janeiro de 2009. A partir da implantação desse sistema, os medicamentos poderão ser rastreados em todo o caminho percorrido, desde o laboratório até as mãos do consumidor final, dificultando sua falsificação e venda ilegal. Em 02 de abril de 2013, a Anvisa abriu Consulta Pública n. 10 para a proposta de Implantação do Sistema Nacional de Controle de Medicamentos e os mecanismos e procedimentos para rastreamento da produção, comercialização, dispensação e prescrição de medicamentos.



Links

Você pode encontrar mais informações sobre a *Lei n. 11.903/2009* em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Lei/L11903.htm>



Ambiente Virtual

O vídeo *Rastreamento de medicamentos*, da NBRTV, traz mais informações sobre o sistema de rastreamento de medicamentos implantado pela Anvisa no país. O vídeo está disponível na Biblioteca.

Farmacovigilância e o armazenamento de medicamentos

O armazenamento e a distribuição são atividades que visam, sobretudo, assegurar a qualidade dos medicamentos por meio de condições adequadas de estocagem, e de controle eficaz do estoque (MARIN *et al.*, 2003). Para o alcance desses objetivos, cada município deve contar com locais apropriados para a armazenagem dos produtos, seja na Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF), seja na Unidade Básica de Saúde.

Infelizmente, a falta de condições adequadas para a guarda de medicamentos e insumos ainda é comum em muitos municípios brasileiros. Essa situação pode afetar, diretamente, a qualidade dos produtos, provocando desvios de qualidade e, no caso da utilização destes, o usuário pode apresentar quadros de intoxicação e reações adversas.

A Anvisa publicou a Resolução - RDC n. 17, de 16 de abril de 2010, que dispõe sobre as Boas Práticas de Fabricação de medicamentos, inclusive no que concerne às condições de armazenamento, dos artigos 116 ao 123, considerando as orientações aplicáveis à CAF.



Links

A Resolução - RDC n. 17/2010 pode ser encontrada em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0017_16_04_2010.html>

Farmacovigilância e o uso de medicamentos

Conforme você já estudou na unidade de Dispensação de medicamentos, a utilização de medicamentos envolve a prescrição, a dispensação e o uso desses produtos. Combinado a isso, estão inseridas as atribuições dos profissionais de saúde envolvidos. Muitas vezes, o insucesso terapêutico ocorre devido a falhas em alguma etapa deste ciclo, como, por exemplo, quando o usuário não compreende a maneira correta de utilizar o medicamento ou, por algum motivo, não consegue aderir ao tratamento prescrito.

Neste ponto, podemos visualizar como é importante a orientação adequada ao usuário, bem como o seguimento farmacoterapêutico. Tal fato justifica o papel de uma equipe de saúde devidamente qualificada.

Vejamos, agora, um pouquinho de cada uma dessas atividades e da sua relação com a farmacovigilância.

A Organização Mundial da Saúde faz recomendações em relação aos aspectos técnicos da prescrição de medicamentos. No entanto, além disso, outros aspectos são importantes quando falamos da “boa prescrição médica”. A questão do conhecimento do prescritor em relação à racionalidade de uso do medicamento prescrito, por exemplo, é fundamental.

Arrais e colaboradores (2007), em estudo sobre os aspectos dos processos de prescrição e dispensação de medicamentos na percepção do usuário, trazem a problemática relacionada à prescrição e dispensação de medicamentos na rede pública. Os autores abordam a necessidade do resgate das relações médico-usuário e farmacêutico-usuário como um aspecto chave para a melhoria da qualidade do serviço de saúde. Além disso, enfatizam que a ausência

do farmacêutico nas unidades públicas e privadas é um fator crítico para a implementação do uso racional de medicamentos.

Muitos erros de medicação ocorrem por problemas na leitura do receituário, ou por ter sido prescrito algum medicamento sem segurança comprovada, ou por um erro de dispensação. Podemos encontrar com frequência, nos noticiários, situações como as que seguem.

Auxiliar suspeita de trocar soro por vaselina dá detalhes do atendimento

Stephanie Teixeira, de 12 anos, morreu ao ter vaselina injetada na veia. Ela tinha ido a hospital de SP para se tratar de uma virose.

Figura 2 – Notícia sobre erro de medicação

Fonte: <<http://g1.globo.com/sao-paulo/noticia/2010/12/auxiliar-suspeita-de-trocar-soro-por-vaselina-da-detahes-do-atendimento.html>>

Perícia confirma superdosagem de lidocaína em pacientes que morreram após endoscopia

Substância ainda teria sido administrada por via oral, contrariando determinação da Anvisa

Figura 3 – Notícia sobre erro de medicação

Fonte: <http://www.clicrbs.com.br/diariocatarinense/jsp/default.jsp?uf=2&local=18§ion=Geral&newsID=a2963461.htm>

Situações como essas, que acompanhamos nos noticiários, como a troca de soro por vaselina e a utilização de lidocaína por via de administração oral, que resultaram em óbitos, são comuns.

Esses erros de medicação, provenientes de negligência, imprudência ou imperícia dos profissionais de saúde, não podem ser tolerados.

Isso apenas ilustra um dos problemas relacionados ao uso de medicamentos, que tem a ver com a farmacovigilância. Erros podem ocorrer tanto na prescrição, na dispensação e na utilização do medicamento pelo usuário.



Reflexão

Alguma situação similar, mesmo que não tenha sido fatal, já aconteceu no seu município? Qual nosso papel, como farmacêuticos, ao observar esses fatos que têm ocorrido em relação a problemas no processo de utilização de medicamentos?

Saiba que a prevenção dos problemas relacionados com medicamentos ainda é a forma mais efetiva de evitá-los!

Ações positivas também são importantes para minimizarmos problemas decorrentes da má utilização de medicamentos.

No Brasil, a Anvisa e o Ministério da Saúde, juntamente com órgãos como OPAS e OMS, têm incentivado, desde o ano 2000, a capacitação para o “Ensino sobre o Uso Racional de Medicamentos”, de prescritores e professores envolvidos com o ensino da prescrição e dispensação de medicamentos e farmacologia clínica. Dessa forma, os futuros médicos, dentistas e farmacêuticos já teriam esta experiência na sua formação básica e, conseqüentemente, maior compreensão da importância da prescrição e dispensação racional, em todos os sentidos.

Você também, a partir deste Curso, está sendo convidado a refletir de que maneira você pode melhorar esses aspectos em seu local de trabalho.

A dispensação de medicamentos e o seguimento farmacoterapêutico são importantes momentos em que o farmacêutico pode usar todo o seu conhecimento em prol do uso racional de medicamentos. De acordo com Marin e colaboradores (2003), esta é uma das últimas oportunidades de, ainda dentro do sistema de saúde, identificar, corrigir ou reduzir possíveis riscos associados à terapêutica medicamentosa.

Também é muito importante, neste processo, a identificação de reações adversas e desvios de qualidade dos medicamentos, os quais, identificados, devem ser notificados à Vigilância Sanitária, conforme estudamos anteriormente. Isso é papel do prescritor, do farmacêutico, dos demais profissionais de saúde e também do usuário.

Já no processo de uso de medicamentos, nas suas residências, as pessoas costumam modificar hábitos de utilização destes, emprestar ou indicar medicamentos a familiares e vizinhos, assim como acumular medicamentos em casa, na chamada “farmácia caseira”. Isso se deve ao processo social e cultural de medicalização.

Nesse sentido, também é nosso papel, como agentes de saúde, orientarmos as pessoas em relação aos cuidados com a utilização de medicamentos.

Para ilustrar essas ações positivas, sugerimos a leitura complementar dos textos, disponíveis na Biblioteca.



Ambiente Virtual

Sugerimos a leitura dos artigos, indicados a seguir, para aprofundamento do tema:

- *Aspectos dos processos de prescrição e dispensação de medicamentos na percepção do usuário: estudo de base populacional em Fortaleza, Ceará, Brasil*, de Arrais, Barreto e Coelho, publicado no Cadernos de Saúde Pública.

- *Sobre Farmácia caseira: Uso de medicamentos armazenados em domicílio em uma população atendida pelo Programa Saúde da Família*, de Lima, Nunes e Barros, publicado no periódico Ciência & Saúde Coletiva.

Os artigos estão disponíveis na Biblioteca.

Análise Crítica

Todo profissional de saúde pode e deve colaborar com a implementação de programas de farmacovigilância, seja ele em nível municipal, estadual ou federal, na indústria farmacêutica, farmácia/drogaria, unidade básica de saúde, hospital, clínica médica ou odontológica.

A atividade não se restringe à notificação de casos suspeitos de eventos adversos ou queixas técnicas/desvios de qualidade. A prevenção deve ser atividade rotineira dos profissionais de saúde e do próprio consumidor de medicamentos. Nesse aspecto, a contribuição do farmacêutico perpassa por todos os serviços farmacêuticos.

Um dos objetivos da assistência farmacêutica é garantir a oferta de medicamentos eficazes e seguros. Por exemplo, no setor público, a seleção de medicamentos objetiva a identificação dos medicamentos ditos essenciais, que possuem comprovada eficácia e segurança e que atenderá as necessidades de uma população.

No setor privado, a oferta de produtos é maior e não existe uma seleção criteriosa dos produtos para sua comercialização. Aqui, a

implementação do projeto farmácias notificadoras foi um passo importante para a monitoração pós-comercialização.

Na aquisição, os produtos só deverão ser obtidos se possuírem registro e se forem comercializados em locais credenciados pela Indústria Farmacêutica e Vigilância Sanitária. No transporte, no armazenamento e na posterior distribuição dos medicamentos reside a preocupação em garantir a integridade e qualidade dos produtos a serem dispensados. Garantir a qualidade também implica evitar possíveis desvios de qualidade. Da mesma forma, o armazenamento, os cuidados no recebimento e na estocagem dos medicamentos são imprescindíveis para garantir a qualidade dos produtos. Na distribuição, os cuidados com transporte são importantes para garantir a integridade dos produtos.

Na dispensação, o aviamento e as consequentes informações e orientações farmacêuticas para o uso correto dos medicamentos são outra forma de prevenir possíveis eventos adversos e desvios de qualidade.

Outro aspecto importante e que os profissionais de saúde devem ter em mente é o rastreamento de produtos com desvio de qualidade. A identificação, comunicação para as autoridades sanitárias de casos suspeitos e o posterior rastreamento destes produtos pode evitar exposição desnecessária a medicamentos com qualidade alterada ou até de produtos falsificados.

Para o sucesso de um programa de farmacovigilância, a sensibilização dos profissionais de saúde para a notificação voluntária e a garantia de resposta aos casos notificados é de suma importância. Com relação a esse assunto é necessário fortalecer o processo nas unidades básicas de saúde. O reforço também implica a oferta de fontes de informação sobre medicamentos que facilite a consulta e estudos na própria unidade de saúde.

É sempre bom lembrar que o fato de termos medicamentos essenciais ou produtos com reconhecida eficácia e segurança não significa estar protegido do aparecimento de eventos adversos, pois, caso venham a ser utilizados de forma errada, podem oferecer riscos graves ao seu usuário.

Esteja sempre alerta e contribua notificando casos suspeitos!

Referências:

ACCIÓN INTERNACIONAL POR LA SALUD. Estudios clínicos a la medida. **Correo de AIS**, Edición 80, junio 2005, p. 3.

AMERY, W. K. Why there is a need for pharmacovigilance? **Pharmacoepidemiology and drug safety**, v. 8, p. 61-64, 1999.

ANÔNIMO. Roubo de remédios. Um perigo para a saúde. **Indústria farmacêutica**. Ano I, n. 1, p. 38-43, 2003.

ARRAIS, P. S. D. Farmacovigilância: até que enfim no Brasil. **Saúde em Debate**, v. 49/50, p. 80-82, 1996.

ARRAIS, P. S. D. **Medicamentos: consumo e reações adversas** – um estudo de base populacional. Fortaleza: Ed. UFC, 2009. 163 p.

ARRAIS, P. S. D., *et al.* Desenvolvimento da Farmacovigilância no Ceará: a experiência do Centro de Farmacovigilância do Ceará (CEFACE) no ano de 1998. In: Congresso de Ciências Farmacêuticas do Rio de Janeiro, Resumos, p. 117-118. Rio de Janeiro: Conselho Regional de Farmácia do Rio de Janeiro. 1999.

ARRAIS, P. S. D.; BARRETO, M. L.; COELHO, H. L. L. Aspectos dos processos de prescrição e dispensação de medicamentos na percepção do usuário: estudo de base populacional em Fortaleza, Ceará, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 927-937, 2007.

ARRAIS, P. S. D.; FONTELES, M. M. F.; COELHO, H. L. L. Farmacovigilância hospitalar. In: MAIA NETO, J. F. **Farmácia hospitalar e suas interfaces com a saúde**. São Paulo: Rx, 2005.

ASPH (American Society of Health System Pharmacists). ASPH guidelines on adverse drug reaction monitoring and reporting. **Am J Hosp Phar**, v. 52, p. 417-419, 1995.

BELTON, K. The European Pharmacovigilance Research Group. Attitude survey of adverse drug-reaction reporting by health care professionals across the European Union. **Eur J Clin Pharmacol**. v. 52, p. 432-427, 1997.

CAPELLÀ, D., *et al.* Cuatro años de experiencia en farmacovigilancia. **Medicina Clínica** (Barcelona), v. 91, p. 93-96, 1988.

COELHO, H. L. L; ARRAIS, P. S. D.; GOMES, A. P. Sistema de Farmacovigilância do Ceará: um ano de Experiência. **Caderno de Saúde Pública**, v. 15, n. 3, p. 631-640, 1999.

DIAS, M. B.; TUYAMA, A. C. G.; ANDRADE FILHO, A. Organoclorados e piretroides. In: ANDRADE FILHO, A.; CAMPOLINA, D.; DIAS, M. B. **Toxicologia na prática clínica**. Belo Horizonte: Folium, 2001. p. 249-252.

EDWARDS, I. R., BIRIELL, C. Harmonization in pharmacovigilance. **Drug Safety**, v. 10, n. 2, p. 93-102, 1994.

GHARAIBEH, M. N.; GREENBERG, H. E.; WALDMAN, S. A. Adverse drug reactions: a review. **Drug information Journal**, v. 32, p. 323-338, 1998

INSTITUTO CATALÁ DE FARMACOLOGIA, Universidad Autónoma de Barcelona. Efectos indeseables. Un coste no sólo económico. **Butlletí groc**, v. 12, n. 1, 1999.

ISDB. International Society of Drug Bulletins. ISDB EU: Berlin Declaration on Pharmacovigilance. Berlin, January, 2005. 28 p.

LAPORTE, J. R.; CAPELLÀ, D. Necessidade e métodos de Farmacovigilância. **Ciência Hoje**, v. 9, n. 54, p. 30-31, 1989.

LAPORTE, J. R., CAPELLÀ, D. Mecanismos de producción y diagnóstico clínico de los efectos indeseables producidos por medicamentos. In: LAPORTE, J. R.; TOGNONI, G. **Principios de epidemiología del medicamento**. Barcelona: Masson-Salvat, 1993. p. 95-109.

LAPORTE, J. R.; CARNÉ, X. Metodología epidemiológica básica en farmacovigilancia. In: LAPORTE, J. R.; TOGNONI, G. **Principios de epidemiología del medicamento**. Barcelona: Masson-Salvat, 1993. p. 95-109.

MARGONATO, F. B.; THOMSON, Z.; PAOLIELLO, M. M. B. Determinantes nas intoxicações medicamentosas agudas na zona urbana de um município do Sul do Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 333-341, 2008.

MARIN, N.; LUIZA, V. L.; OSORIO-DE-CASTRO, C. G. S.; MACHADO-DOS-SANTOS, S. (org.). **Assistência farmacêutica para gerentes municipais**. Rio de Janeiro: OPAS/OMS, 2003.

NARANJO, C. A.; BUSTO, U. E. Reacciones adversas a medicamentos. In: **Métodos en farmacología clínica** - OPS (Organización Panamericana de la Salud), 1992. p. 323-338.

RAWLINS, M. D., THOMPSON, J. W. Mechanisms of adverse drug reactions. In: DAVIES, D. M. (org.). **Textbook of adverse drug reactions**, 4 ed. Oxford: Oxford University Press, 1991. p. 18-45.

SINITOX. **Registros de intoxicações**. Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde, 2010. Disponível em: <http://www.fiocruz.br/sinitox_novo/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?tpl=home>. Acesso em: 27 nov 2010.

WHO. **The importance of pharmacovigilance – safety monitoring of medicinal products**. Uppsala: Uppsala monitoring Centre, 2002.

Autores

Paulo Sérgio Dourado Arrais

Tem graduação em Farmácia pela Universidade Federal do Ceará - UFC (1991), mestrado em Farmacoepidemiologia pela *Universidad Autonoma de Barcelona* (1994) e doutorado em Saúde Pública pela Universidade Federal da Bahia (2003). É professor adjunto IV do Departamento de Farmácia da UFC, membro do Grupo de Prevenção ao Uso Indevido de Medicamentos-GPUIM, do Grupo Temático em Vigilância Sanitária da ABRASCO, do *Drug Utilization Research Group-Latin America* (DURG-LA), da Academia Cearense de Farmácia. Tutor do PET-SAÚDE/UFC e coordenador PRÓ-SAÚDE II/Farmácia. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Saúde Pública, atuando, principalmente, nos seguintes temas: medicamentos, uso racional de medicamentos, farmacoepidemiologia/farmacovigilância, reação adversa a medicamentos, epidemiologia, centros de informação sobre medicamentos, assistência farmacêutica e ensino farmacêutico.

<http://lattes.cnpq.br/6391182272759310>

Iane Franceschet de Sousa

Possui graduação em Farmácia pela Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC (1999). Mestre em Farmácia pelo Programa de Pós-Graduação em Farmácia da UFSC (2003), especialista em Educação a Distância pelo SENAC (2010). Doutoranda no Programa de Pós-Graduação em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul - UFMS. Diretora Pedagógica no Instituto Salus. Suas linhas de atuação são: farmacologia clínica, assistência farmacêutica, uso racional de medicamentos e educação farmacêutica.

<http://lattes.cnpq.br/1123516579608143>

Marlene Zannin

Possui graduação em Farmácia e Bioquímica pela Universidade Federal de Santa Catarina (1986), mestrado em Farmacologia pela Universidade Federal de Santa Catarina (1994) e doutorado em Ciências Médicas pela Escola Paulista de Medicina (2002). Publicou 18 artigos em revistas indexadas e 14 capítulos de livros. Atualmente é Docente da Disciplina de Toxicologia (professor associado), ministrando aulas para os cursos de Farmácia e de Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC; e é Supervisora do Centro de Informações Toxicológicas de Santa Catarina - CIT/SC. Foi Diretora Presidente da Associação Brasileira de Centros de Informação e Assistência Toxicológicas e Toxicologistas Clínicos no período de 2008 a 2010. Trabalha na pesquisa e na extensão, na área da Toxicologia Clínica e Toxinologia, junto ao CIT/SC. Tem como linha principal de atuação: animais peçonhentos - *Lonomia obliqua* (lagarta taturana).

<http://lattes.cnpq.br/9563730480893621>

Ministério da
Saúde

GOVERNO FEDERAL
BRASIL
PÁTRIA EDUCADORA




UNA-SUS
Universidade Aberta do SUS

