

## ATENÇÃO FARMACÊUTICA E PROMOÇÃO DO USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS

Adriano Max Moreira Reis\*

### RESUMO

A morbimortalidade relacionada a medicamentos é um importante problema de saúde pública. Atenção farmacêutica é a provisão responsável da farmacoterapia com o objetivo de alcançar resultados definidos que melhorem a qualidade de vida dos pacientes. A prática da atenção farmacêutica pode reduzir os problemas preveníveis relacionados a farmacoterapia. Este artigo discute a importância da atenção farmacêutica como agente de promoção do uso racional de medicamentos. Analisa o estágio atual da atenção farmacêutica e os desafios para sua implementação.

**Palavras chave:** atenção farmacêutica, uso racional de medicamentos, farmacoterapia.

### ABSTRACT

#### PHARMACEUTICAL CARE AND PROMOTION OF RATIONAL USE OF MEDICATION

Drug related morbidity and mortality is a major public health issue. Pharmaceutical care is the responsible provision of drug therapy for the purpose of achieving definite outcomes that improve a patient's quality of life. The model of pharmaceutical care can reduce the burden of preventable drug therapy problems. This article discusses the importance of pharmaceutical care as agent of promotion for rational use of medication. It analyses the current state of pharmaceutical care and the challenges for its implementation.

**Keywords:** Pharmaceutical care, rational use of medicines, drug therapy.

## **Introdução**

Prática é o meio através do qual uma profissão fornece conhecimento e produtos para a sociedade. A ação central da prática farmacêutica deve ser o uso racional de medicamentos (OMS, 1993).

A utilização de medicamentos é um processo complexo com múltiplos determinantes e envolve diferentes atores. As diretrizes farmacoterápicas adequadas para a condição clínica do indivíduo são elementos essenciais para a determinação do emprego dos medicamentos. Entretanto, é importante ressaltar que a prescrição e o uso de medicamentos são influenciados por fatores de natureza cultural, social, econômica e política (FAUS, 2000 ; PERINI et. al, 1999).

A prática profissional de uma categoria da área de saúde sofre influência direta do processo educacional, das diretrizes das políticas sanitárias e de trabalho, da estrutura do sistema de saúde e do modelo assistencial.

No mundo ocidental contemporâneo o modelo de assistência à saúde é excessivamente medicalizado e mercantilizado, cabendo aos medicamentos um espaço importante no processo saúde/doença, sendo praticamente impossível pensar a prática médica ou a relação médico paciente sem a presença desses produtos (SOARES, 1998). Neste contexto a morbimortalidade relacionada a medicamentos é um grande problema de saúde pública (EASTON et al, 1998, MALHOTRA et al, 2001).

Os modelos tradicionais de prática farmacêutica mostram ser pouco efetivos sobre a morbimortalidade relacionada a medicamentos (CIPOLLE et al 2000).

A atenção farmacêutica, um novo modelo, centrado no paciente, surge como alternativa que busca melhorar a qualidade do processo de utilização de medicamentos alcançando resultados concretos.

O artigo apresenta as bases filosóficas e conceituais da atenção farmacêutica e sua importância para a promoção do uso racional de medicamentos.

## **A MORBIMORTALIDADE RELACIONADA A MEDICAMENTOS**

Atualmente a morbimortalidade relacionada a medicamentos é um relevante problema de saúde pública e um determinante de internações hospitalares. As internações relacionadas a medicamentos podem ser atribuídas a fatores intrínsecos

à atividade do fármaco, falhas terapêuticas, não adesão ao tratamento e eventos adversos (JOHNSON & BOOTMAN, 1995; ROUGHEAD et al., 1998; EASTON et al., 1998; MALHOTRA et al., 2001).

Einarson, (1993) publicou uma revisão de 37 estudos realizados em países desenvolvidos e encontrou a incidência média de internação relacionada a medicamentos de 5 %, variando de 0,2 a 21,7 %.

Na Austrália , no período de 1988 a 1996 , foram publicados 14 trabalhos que analisaram as internações hospitalares determinadas por medicamentos. Os trabalhos foram realizados em diferentes contextos e a comparação entre os estudos envolvendo populações diversas pode trazer confusão dificultando o conhecimento da extensão real do problema. Para elucidar esses estudos, Roughead et al 1998 publicaram uma revisão demonstrando que as taxas de internações relacionadas a medicamentos corresponderam a : 2 a 4 % do total de internações, 6 a 7 % das admissões em emergências, 12 % das admissões em unidades de clínica médica e 15 – 22 % das admissões de emergências em geriatria.

Em 2002, Winterstein et al. publicaram uma metanálise de artigos sobre internações hospitalares relacionadas a medicamentos, segundo os resultados as taxas de prevalência podem variar de 3 a 9% das internações. Os autores ressaltam que mais de 50% das internações relacionadas a medicamentos podem ser prevenidas.

No Brasil, não existe estudos sobre morbimortalidade relacionada a medicamentos apenas levantamentos sobre intoxicação medicamentosa. Segundo os dados publicados pelo Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas, os medicamentos ocupam a primeira posição entre os três principais agentes causadores de intoxicações em seres humanos desde 1996, sendo que em 1999 foram responsáveis por 28,3% dos casos registrados (SINITOX, 2000).

A prevalência e custos da morbidade e mortalidade relacionada a medicamentos são de grande relevância para os gestores de sistemas de saúde, pacientes e a sociedade como um todo (MALHOTRA et al., 2001; JOHNSON & BOOTMAN, 1995).

A redução da morbidade evitável relacionada a medicamentos tem um impacto positivo na qualidade de vida do paciente, na segurança do sistema de saúde e na eficiência no uso dos recursos (MORRIS et al., 2002).

Segundo Hepler, 2000, a morbidade prevenível relacionada a medicamento é um problema para muitos sistemas de saúde. Os resultados inadequados da farmacoterapia devem ser prevenidos sob um ponto de vista clínico e humanitário. Os recursos financeiros gastos com a morbidade prevenível relacionada a medicamentos são suficientes para evitar o problema e permitir outras intervenções no sistema de saúde tornando o mesmo mais eficiente.

As principais causas de morbidade prevenível relacionadas a medicamentos são: prescrição inadequada; reações adversas a medicamentos inesperadas; não adesão ao tratamento; superdosagem ou sub-dosagem; falta da farmacoterapia necessária; inadequado seguimento de sinais e sintomas e erros de medicação (HEPLER 2000, HENNESSY 2000).

De acordo com Hepler, 2000, a morbidade prevenível relacionada a medicamento é uma epidemia que deve ser controlada, empregando as seguintes estratégias: 1) aumentar a consciência dos profissionais de saúde e população sobre o problema; 2) desenvolver e disseminar estratégias de controle para os programas de saúde; 3) identificar e determinar o relacionamento dos problemas na utilização de medicamentos na população; 4) fornecer meios para solucionar ou evitar a evolução dos problemas; 5) aprimorar os critérios de utilização de medicamentos.

De acordo com Gharaibeh et al 1998, a internação hospitalar relacionada a medicamentos, reflete as interações entre medicamentos, profissionais de saúde, comunidade, sistema educacional e organização dos serviços de saúde e outras ações governamentais.

Os estudos de morbidade induzida por medicamentos têm grande relevância em saúde pública. Os resultados devem ser divulgados para médicos, pacientes e gestores de saúde para conscientizar e prevenir a morbimortalidade. Apesar das limitações de extrapolações dos resultados, os mesmos podem justificar esforços para melhorar a qualidade da assistência. São índices da magnitude, gravidade e tipos de problemas que podem ocorrer durante o processo de utilização de medicamentos (GHARAIBEH et al, 1998)

## **EVOLUÇÃO DAS PRÁTICAS FARMACÊUTICAS**

A evolução dos modelos de prática farmacêutica está diretamente vinculado à estruturação do complexo médico industrial. No início do século XX, o farmacêutico era o profissional de referência para a sociedade nos aspectos do medicamento, atuando e exercendo influência sobre todas as etapas do ciclo do medicamento. Nesta fase, além da guarda e distribuição do medicamento o farmacêutico era responsável também, pela manipulação de, praticamente, todo o arsenal disponível na época (GOUVEIA, 1999).

A expansão da indústria farmacêutica, o abandono da formulação pela classe médica e a diversificação do campo de atuação do profissional farmacêutico, levaram-no a se distanciar da área de medicamentos descaracterizando a farmácia. Na década de 50 podemos evidenciar uma total descaracterização das funções do farmacêutico junto a sociedade. A prática farmacêutica consistia apenas na função de distribuição dos medicamentos industrializados (HOLLAND & NIMMO, 1995, GOUVEIA, 1999).

Nos anos 60 existia uma grande insatisfação com essa nova forma de atuação decorrente do desenvolvimento da industrialização de medicamentos. Essas inquietudes fizeram nascer um movimento profissional norte americano, que ao questionar a formação e as ações criou mecanismos para corrigir os problemas e permitir que os farmacêuticos participassem da equipe de saúde usando seus conhecimentos para melhorar o cuidado ao paciente. O resultado concreto foi o surgimento no âmbito hospitalar da farmácia clínica. O modelo de prática predominante na farmácia comunitária passou a ser a orientação e dispensação farmacêutica (HOLLAND & NIMMO, 1999).

Segundo Holland & Nimmo, 1999 a farmácia clínica é uma prática que aprimora a habilidade do médico para fazer boas decisões sobre medicamentos. Ao médico cabe a responsabilidade pelos resultados da farmacoterapia e ao farmacêutico fornecer serviços de suporte adequados e conhecimentos especializados sobre a utilização do medicamento.

Na década de 1990, com os trabalhos de Hepler & Strand se difunde a atenção farmacêutica. Na atenção farmacêutica o farmacêutico passa a atuar de forma mais efetiva na assistência ao paciente.

As habilidades, destrezas e referenciais técnico-científicos necessários para atuar na atenção farmacêutica são os mesmos requeridos pela farmácia clínica. Entretanto as atitudes profissionais e os valores morais são totalmente diferentes. O profissional que atua em atenção farmacêutica assume a responsabilidade pelos resultados da terapia medicamentosa e pela qualidade de vida do paciente. O medicamento produto, é um componente importante e necessário para a atenção farmacêutica. Mas neste novo modelo o processo é o agente principal, o produto tem uma função secundária (HOLLAND & NIMMO, 1999).

### **DEFINIÇÕES DE ATENÇÃO FARMACÊUTICA**

Nas publicações de ciências farmacêuticas a primeira definição de atenção farmacêutica apareceu em 1980 em um artigo publicado por Brodie et al:

*“em um sistema de saúde, o componente medicamento é estruturado para fornecer um padrão aceitável de atenção farmacêutica para pacientes ambulatoriais e internados. Atenção farmacêutica inclui a definição das necessidades farmacoterápicas do indivíduo e o fornecimento não apenas dos medicamentos necessários, mas também os serviços para garantir uma terapia segura e efetiva. Incluindo mecanismos de controle que facilitem a continuidade da assistência “.*

O conceito clássico de atenção farmacêutica *“a provisão responsável da farmacoterapia com o objetivo de alcançar resultados definidos que melhorem a qualidade de vida dos pacientes”* foi publicado por Hepler & Strand em 1990. Esta definição engloba a visão filosófica de Strand sobre a prática farmacêutica e o pensamento de Hepler sobre a responsabilidade do farmacêutico no cuidado ao paciente. Os resultados concretos são: 1) cura de uma doença; 2) eliminação ou redução dos sintomas do paciente; 3) interrupção ou retardamento do processo patológico, ou prevenção de uma enfermidade ou de um sintoma.

Em 1997, Linda Strand afirmou que conceito de atenção farmacêutica estava incompleto passando a defender a seguinte definição: *“prática na qual o profissional assume a responsabilidade pela definição das necessidades farmacoterápicas do paciente e o compromisso de resolvê-las”*. Enfatiza que a atenção farmacêutica é uma prática como as demais da área de saúde. Possui uma filosofia, um processo de cuidado ao paciente e um sistema de manejo. É diferente do conceito de 1990 que foca os resultados. Mas para Strand resultados não têm significados fora do contexto de uma prática assistencial (PHARMACEUTICAL, 1997).

Uma divisão clara é identificada a partir do momento que Strand preconiza uma atenção farmacêutica global com aplicação sistemática em todos os tipos de situações e Hepler uma atenção farmacêutica orientada para doenças crônicas como asma, diabetes, hipertensão e outras. (CIPOLLE et al 2000, HEPLER et al 1995).

Ao analisar as funções do farmacêutico no sistema de atenção a saúde a Organização Mundial de Saúde - OMS estende o benefício da atenção farmacêutica para toda comunidade reconhecendo a relevância da participação do farmacêutico junto com a equipe de saúde na prevenção de doenças e promoção da saúde. Na ótica da OMS a atenção farmacêutica é

*“ um conceito de prática profissional na qual o paciente é o principal beneficiário das ações do farmacêutico. A atenção farmacêutica é o compêndio das atitudes, os comportamentos, os compromissos, as inquietudes, os valores éticos, as funções, os conhecimentos, as responsabilidades e as habilidades do farmacêuticos na prestação da farmacoterapia com o objetivo de obter resultados terapêuticos definidos na saúde e na qualidade de vida do paciente” (OMS, 1993).*

Os objetivos fundamentais, processos e relações da atenção farmacêutica existem independentemente do lugar que seja praticada (HEPLER & STRAND, 1990). Ao longo da última década a atenção farmacêutica propagou dos Estados Unidos para diversos países.

Na Espanha a atenção farmacêutica está desenvolvendo intensamente. O Consenso de Granada definiu atenção farmacêutica como:

*“ a participação ativa do farmacêutico na assistência ao paciente na dispensação e seguimento do tratamento farmacoterápico, cooperando com o médico e outros profissionais de saúde, a fim de conseguir resultados que melhorem a qualidade de vida dos pacientes. Também prevê a participação do farmacêutico em atividades de promoção à saúde e prevenção de doenças” (CONSENSO 2001).*

Utilizando referenciais internacionais, análise do contexto sanitário e buscando a promoção da prática da atenção farmacêutica de forma articulada com a assistência farmacêutica, no marco da Política Nacional de Medicamentos foi definido pelo Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica que

*“ atenção farmacêutica é modelo de prática farmacêutica, desenvolvida no contexto da assistência farmacêutica. Compreende atitudes, valores éticos, comportamentos, habilidades, compromissos e co-responsabilidades na prevenção de doenças,*

*promoção e recuperação da saúde, de forma integrada à equipe de saúde. É a interação direta do farmacêutico com o usuário, visando uma farmacoterapia racional e a obtenção de resultados definidos e mensuráveis voltados para a melhoria da qualidade de vida. Esta interação também deve envolver as concepções dos seus sujeitos, respeitadas as suas especificidades bio-psico-sociais sob a ótica da integralidade das ações de saúde” (OPAS 2002b).*

O conceito brasileiro destaca por considerar a promoção da saúde, incluindo a educação em saúde, como componente da atenção farmacêutica, o que constitui um diferencial marcante em relação as definições adotadas em outros países (OPAS, 2002b).

Também é importante ressaltar que segundo o conceito brasileiro assistência e atenção farmacêutica são distintas. Esta última refere-se a um modelo de prática e as atividades específicas do farmacêutico no âmbito da atenção à saúde, enquanto o primeiro envolve um conjunto mais amplo de ações, com características multiprofissionais (OPAS, 2002b).

A proposta de Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica é um elemento de grande significância para a promoção e implantação deste novo modelo de prática profissional. O consenso é resultado do Grupo de Trabalho “Atenção Farmacêutica no Brasil” nucleado pela Organização Pan-Americana de Saúde – OPAS com apoio de diversas instituições farmacêuticas.

Strand, relata a falta de uma definição universal de atenção farmacêutica. Enfatiza a necessidade de na prática profissional aplicar a mesma uniformidade de definições como ocorre com a terminologia clínico-farmacológica (AphA,2002).

### **A FILOSOFIA DA ATENÇÃO FARMACÊUTICA**

A filosofia da atenção farmacêutica inclui diversos elementos. Começa com uma afirmação de uma necessidade social, continua com um enfoque centrado no paciente para satisfazer esta necessidade, tem como elemento central a assistência a outra pessoa mediante o desenvolvimento e a manutenção de uma relação terapêutica e finaliza com uma descrição das responsabilidades concretas do profissional (CIPOLLE et al., 2000).

No desenvolvimento da atenção farmacêutica o profissional se encarrega de reduzir e prevenir a morbimortalidade relacionada a medicamentos. O farmacêutico

satisfaz esta necessidade social atendendo individualmente as necessidades dos pacientes (FAUS & MARTINEZ,1999; LEE & RAY,1993).

A primeira premissa da filosofia da atenção farmacêutica é que a responsabilidade essencial do farmacêutico consiste em contribuir para satisfazer a necessidade que tem a sociedade de um tratamento farmacológico adequado, efetivo e seguro (CIPOLLE et al., 2000).

Para satisfazer de maneira eficiente a necessidade social é essencial que o farmacêutico desenvolva ações centradas no paciente. Um enfoque centrado no paciente implica que todas as demandas relativas a farmacoterapia sejam contempladas como responsabilidade do profissional, e não só as necessidades que correspondem a uma determinada classe farmacológica ou estado patológico concreto (CIPOLLE et al., 2000 ; FAUS & MARTINEZ,1999).

A atenção farmacêutica se baseia em um acordo entre o paciente e o farmacêutico. O profissional garante ao paciente compromisso e competência. Estabelece-se um vínculo que sustenta a relação terapêutica, identificando as funções comuns e as responsabilidades de cada parte e a importância da participação ativa. Na realidade é um pacto para trabalhar a favor da resolução de todos os problemas relacionados com medicamentos, reais ou potenciais. O problema é real quando manifestado, ou potencial na possibilidade de sua ocorrência. (CIPOLLE et al., 2000 ; POSEY,1997).

Em síntese, uma relação terapêutica é uma aliança entre o profissional e o paciente e se forma com a finalidade específica de satisfazer as necessidades de assistência a saúde do paciente. É um ato de cuidado na integralidade bio-psico-social do indivíduo e não apenas na visão reducionista de um estado patológico(CIPOLLE et al., 2000).

O exercício da atenção farmacêutica busca resolver o importante problema social da morbimortalidade relacionada com os medicamentos empregando um processo de cuidado centrado no paciente e uma responsabilidade profissional claramente definida (CIPOLLE et al., 2000 ;POSEY, 1997; LEE & RAY 1993).

O profissional se responsabiliza pela necessidade, segurança e efetividade da farmacoterapia do paciente. Isto se consegue mediante a identificação , resolução e prevenção dos problemas relacionados com medicamentos. O problema relacionado

com medicamentos, é um problema de saúde, vinculado o suspeito de estar relacionado à farmacoterapia que interfere nos resultados e na qualidade de vida do usuário(OPAS,2002b). Ao prestar atenção farmacêutica o profissional se responsabiliza de garantir que o paciente pode cumprir os esquemas farmacoterápicos e seguir o plano de assistência, de forma a alcançar resultados positivos (LEE & RAY,1993).

### **IMPACTO DA ATENÇÃO FARMACÊUTICA**

A primeira investigação sobre o impacto das ações de atenção farmacêutica foi realizado nos Estados Unidos utilizando os dados do Projeto Minnesota de Atenção Farmacêutica. Os resultados mostraram que após um ano aumentou o número de pacientes que alcançaram resultado terapêutico positivo. A resolução dos problemas relacionados a medicamentos reduziu a complexidade da demanda farmacoterápica. Em síntese observou uma relação custo-benefício favorável (PHARMACEUTICAL,1997;TOM ECHKO et al 1995).

A melhoria da qualidade de vida em pacientes com insuficiência cardíaca, diabetes, hipertensão e dislipidemia em virtude da atenção farmacêutica tem sido demonstrada em vários estudos (VARMA et al.,1999 ; SKAER et al., 1993 ; JABER et al., 1996 ; VAN VEDHUIZEN et al.,1995).

Hepler et al. desenvolveram o projeto de pesquisa TOM (Therapeutic Outcomes Monitoring) para avaliar a atenção farmacêutica usando a asma como protótipo. Na Europa também foram realizados diversos trabalhos mostrando o impacto positivo da atenção farmacêutica na asma (GRAINGER ROUSSEAU et al. 1997; HERBORG et al., 200a,b;NARHI et al., 2000; MORCK , 1996 e GOURLEY et. al,1998).

A provisão de atenção farmacêutica a idosos foi avaliada em um estudo multicêntrico na Europa. Verificou-se redução de custos e aumento da qualidade de vida. Os pacientes do grupo intervenção manifestaram melhor controle da doença e alto nível de satisfação. A opinião dos médicos e farmacêuticos foi favorável a atenção farmacêutica (BERNSTEN, 2001).

Na Espanha foi realizado o estudo TOMCOR que tinha como objetivo comparar os efeitos da atenção farmacêutica em pacientes coronarianos em relação aos efeitos do modelo tradicional. Era um estudo prospectivo com aleatorização das

farmácias aos grupos investigação e controle . Os resultados clínicos evidenciaram uma diminuição da taxa anual de novos infartos no grupo de investigação e uma menor utilização dos serviços de saúde. Melhoria da qualidade de vida foi identificada, verificou-se um aumento do conhecimento sobre os fatores de risco da doença coronariana e da satisfação com o serviço(ALVARES TOLEDO et al., 2001).

Weidle et al. (1999), descreveram as ações de intervenção farmacêutica de um programa de atenção farmacêutica em um hospital universitário. No hospital estudado 90% das ações estavam diretamente relacionado com o processo terapêutico e 10% com a otimização do custo assistencial. Os autores desenvolveram uma classificação com 11 categorias de intervenção farmacêuticas no âmbito hospitalar e as respectivas ações a serem implementadas. As categorias são baseadas na classificação de problemas relacionados a medicamentos de Hepler & Strand.

Salvia et al (1999), relataram os resultados da implantação de um programa de atenção farmacêutica em um hospital espanhol. As ações foram desenvolvidas através da identificação, prevenção e resolução de problemas relacionados a medicamentos. Os autores agruparam as intervenções em 3 classes: otimização da farmacoterapia, ação farmacêutica preventiva e ação farmacêutica educativa. Realizou uma valorização dos problemas relacionados a medicamentos, baseado nas diretrizes de Schneider et al., 1995. Os autores concluíram que a intervenção farmacêutica melhora os resultados clínicos e exerce influencias nos custos assistenciais.

Os estudos relatados acima mostram um impacto favorável da atenção farmacêutica sobre a efetividade, qualidade de vida e custos assistenciais. Portanto é importante a realização e publicação de pesquisas bem delineadas analisando a relevância da atenção farmacêutica para os sistemas de saúde.

### **ATENÇÃO FARMACÊUTICA E USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS**

Os esforços para a readequação de atividades e práticas farmacêuticas objetivando o uso racional dos medicamentos é essencial numa sociedade que os fármacos constituem o arsenal terapêutico mais utilizado (LIPTON et al., 1995).

No Brasil, além da garantia do acesso aos serviços de saúde e a medicamentos de qualidade, é necessário a implantação de práticas assistenciais

que promovam o uso racional de medicamentos propiciando resultados que influenciam diretamente os indicadores sanitários (OPAS 2002a).

Ao farmacêutico moderno é essencial. conhecimentos , atitudes e habilidades que permitam ao mesmo integrar-se à equipe de saúde e interagir mais com o paciente e a comunidade , contribuindo para a melhoria da qualidade de vida , em especial , no que se refere à otimização da farmacoterapia e o uso racional de medicamentos(MARIN , 2002)

O envolvimento do farmacêutico no processo de atenção à saúde é fundamental para a prevenção dos danos causados pelo uso irracional de medicamentos (BATES,1995)

As ações do farmacêutico , no modelo de atenção farmacêutica, na maioria das vezes, são atos clínicos individuais. Mas as sistematizações das intervenções farmacêuticas e a troca de informações dentro de um sistema de informação composto por outros profissionais de saúde pode contribuir para um impacto no nível coletivo e na promoção do uso seguro e racional de medicamentos. (OPAS 2002c).

A atenção farmacêutica contribui para o uso racional de medicamentos, na medida que desenvolve um acompanhamento sistemático da terapia medicamentosa utilizada pelo indivíduo buscando avaliar e garantir a necessidade, a segurança e a efetividade no processo de utilização de medicamentos. Satisfaz as necessidades sociais ajudando os indivíduos a obter melhores resultados durante a farmacoterapia (FAUS & MARTINEZ-ROMERO,1999).

### **EVOLUÇÃO E DESAFIOS DA ATENÇÃO FARMACÊUTICA**

Desde sua introdução a mais de uma década, a atenção farmacêutica tornou-se um importante componente da prática em farmácia em todo o mundo. A expansão das atividades e serviços relacionados ao controle e acompanhamento da farmacoterapia reflete a responsabilidade da profissão em aprimorar a segurança e efetividade do processo de utilização de medicamentos.

Hepler, refletindo sobre o desenvolvimento da atenção farmacêutica, afirmou que apesar de todo o seu potencial a mesma não conseguiu cumprir integralmente o seu papel, pois a morbimortalidade devido a medicamentos continua como um grande problema de saúde pública. Enfatiza que o farmacêutico deve atuar nos

sistemas de saúde buscando otimização do processo de utilização de medicamentos. Incentiva os profissionais a executar ações concretas que viabilizem a concretização da atenção farmacêutica como prática profissional. Ressalta que a atenção farmacêutica é um processo, sendo possível aprender fazendo (APhA 2002).

Strand, durante um simpósio da Associação Norte Americana de Farmacêuticos apresentou uma análise crítica e construtiva do estágio atual da atenção farmacêutica, afirmando que o momento é de ação porque já houve muitas discussões conceituais. Destacou a necessidade da harmonização da definição de atenção farmacêutica. Enfatizou que freqüentemente consideram o foco da atenção farmacêutica o profissional, quando na realidade deve ser o paciente. Segundo a pesquisadora o modelo de prática bem definido e o sistema de classificação de problemas relacionados com medicamentos são elementos chave da profissão que contribuem para a expansão da atenção farmacêutica. Linda Strand convocou as lideranças farmacêuticas a tomar decisões que propiciem ações concretas para a implementação da atenção farmacêutica (APhA, 2002).

Segundo Tromp, os 15 países da União Européia estão em diferentes níveis de implementação da atenção farmacêutica. Mas existe um ponto em comum, o entendimento que atenção farmacêutica é a assistência individualizada ao paciente na Farmácia (APhA 2002).

No Brasil, as ações clínicas em farmácia eram restritas ao âmbito hospitalar e mais especificamente a alguns hospitais universitários. Com o surgimento da atenção farmacêutica as práticas clínicas expandem para as farmácias comunitárias. As instituições farmacêuticas e as universidades estão buscando disseminar este modelo de prática farmacêutica no país. Nas novas diretrizes curriculares do curso de farmácia consta a atenção farmacêutica como elemento norteador da formação profissional.

### **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Um dos desafios da categoria farmacêutica é modificar as condutas, incorporando na prática profissional um modelo que propicie ao farmacêutico assumir a responsabilidade com a farmacoterapia e atuar como promotor do uso racional de medicamentos.

A atenção farmacêutica possui diferenças marcantes em relação as práticas tradicionais , pois é na realidade um acordo de cooperação entre o paciente e o farmacêutico buscando a otimização dos resultados terapêuticos.

O impacto positivo da atenção farmacêutica foi mostrado através de pesquisas realizadas em vários países., demonstrando que a mesma é um importante agente para promoção do uso racional de medicamentos

A Organização Panamericana de Saúde tem assumido um papel de destaque no processo de construção do modelo brasileiro de atenção farmacêutica. A expectativa é que a publicação da proposta de Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica atue junto a categoria profissional como catalisador da implementação da atenção farmacêutica no país.

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVARES DE TOLEDO, F., GONZALES, P.A., RIERA, T.E. Pharmaceutical care in people who have had acute coronary episodes (TOMCOR Study) **Rev. Esp. Salud Publica**. v. 75, n. 4, p. 375-388, 2001.

APhA – American Pharmaceutical Association. Critically examining pharmaceutical care. **J Am Pharm Assoc**. v.42 n.05 p. 518-519, 2002.

BERNSTEN, C., BJORKMAN, I., CARAMONA, M., CREALEY, G., FROKJAER, B., RUNDBERGER, E., et al. Improving the well-being of elderly patients via community pharmacy-based provision of pharmaceutical care: a multicentre study in seven European countries. **Drug Aging**. v. 18, n. 1, p. 63-77, 2001.

BRODIE, D.C., PARISH., P.A., POSTON, J.W. Societal needs for drugs and drug related services. **Am. J. Pharm. Educ**. v.44, p. 276-8, 1980.

CIPOLLE, D.J., STRAND, L. M., MORLEY, P.C. **El ejercicio de la atención farmacéutica** Madrid: McGraw Hill / Interamericana, p. 1-36, 2000.

Consenso sobre Atencion Farmacéutica. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 26p., 2001.

EASTON, K.L., BARRY T.P., STARR M.S. et al. The incidence of drug related problems as a cause of hospital admission in children . **M.J.A**. v.168 p. 356-359, 1998.

EINARSON TR. Drug – related hospital admission. **Ann Pharmacother**. v. 27, p. 832-840, 1993.

FAUS, M.J. Atención farmacéutica como respuesta a una necesidad social **Ars Pharmaceutica** v.41, n. 1 p. 137-143, 2000.

FAUS, M.J., MARTINEZ, F. La atención farmacéutica en farmacia comunitaria: evolución de concepos, necesidades de formación, modalidades y estrategias para su puesta en marcha. **Pharm. Care Esp.** v. 1, p. 56-61, 1999.

GHARAIBEH, M., ZMEILIS., RAJAB, A.A. et al. Drug induced admissions to medical wards at Jordan university hospital. **Int.J.Clin.Pharm.Ther** v.36, p. 478-482, 1998.

GOURLEY, D.R., GOURLEY, G.A., SOLOMON, D.K., PORTNER, T.S., BASS, G.E, HOLT, J.M. et al. Development, implementation, and evaluation of a multicenter pharmaceutical care outcomes study. **J Am Pharm Assoc.** v. 38, p. 567-73, 1998.

GOUVEIA, W.A. At center stage: Pharmacy in the next century. **Am. J. Health-Syst Pharm.** v.56, [sp]. 1999.

GRAINGER-ROUSSEAU, T.J., MIRALLES, M.A., HEPLER, C.D., SEGAL, R., DOTY, R.E., BEM-JOSEPH, R. Therapeutic outcomes monitoring: application of pharmaceutical care guidelines to community pharmacy. **J. Am Pharm Assoc.** v. NS37(6), p. 647-61, 1997.

HENNESSY, S. Potentially remediable features of the medication – use environment in The United States . **Am. J. Health Syst Pharm.** v. 57, p. 543-547, 2000.

HEPLER, C.D. Observations on the conference: A pharmacist's perspective. **Am J. Health Syst Pharm** v. 57, p. 590-594, 2000.

HEPLER, C.D., GRAINGER-ROUSSEAU T.J. Pharmaceutical care versus traditional drug treatment. Is there a difference? **Drugs.** v. 49, p. 1-10, 1995..

HEPLER, C.D., STRAND, L.M. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. **Am J. Hosp. Pharm.** v. 47, p. 533-543, 1990.

HERBORG, H., SOENDERGAARD, B., FONNESBAEK, L., HEPLER, C.D., HOLST, H., ROEKJAER, B. Improving drug therapy for patients with asthma-part 2: Use of antiasthma medications. **J Am Pharm Assoc.** v. 41, n. 4, p. 551-9, 2001.

HERBORG, H., SOENDERGAARD, B., ROEKJAER, B., FONNESBAEK, L., JORGENSEN, T., HEPLER, C.D. et al. Improving drug therapy for patients with asthma-part 1: Patient outcomes. **J Am Pharm Assoc.** v. 41, n. 4, p. 539-50, 2001.

HOLLAND, R.W., NIMMO, C.M. Transitions, part 1: Beyond pharmaceutical care. **Am. J. Health-Pharm.** v. 56, p. 1758-1764, 1999.

JABER, L.A., HALAPY, H., FERNET, M., TUMMALAPALLI, S., DIWAKARAN, H. Evaluation of a pharmaceutical care model on diabetes management. **Ann Pharmacother.** v. 30, p. 238-43, 1996.

JOHNSON, J.A., BOOTMAN, J.L. Drug related morbidity and mortality. A cost –of – illness model. **Arch. Intern Med.** v. 155, p. 1949-1956, 1995.

LEE, M.P., RAY, M.D. Planning for pharmaceutical care. **Am J. Hosp. Pharm.** v.50, p. 1153-8, 1993.

LIPTON, H.L., BYRNS, P.J., SOUMERAJ, S.B. et al. Pharmacists as agents of change for rational drug therapy. **Int. J. Tech. Ass. Health Care.** v. 11, n.3, p. 485-508, 1995.

MALHOTRA, S., JAIN, S., PANDHI, P., Drug – related visits to the medical emergency department: a prospective study from India. **Int. J. Clin. Pharmacol. Ther.** v.39, p12-18, 2001.

MARIN, N. Educação farmacêutica nas Américas. **Olho Mágico.** v. 9, n.1, p. 41-43, 2002.

MORRIS, C.J., CANTRILL., J.A. HEPLER., C.D.P. Preventing drug related morbidity – determining valid indicators. **Inter. J. Quality Health Care.** v. 14, p. 183-198, 2002.

NARHI, U., AIRAKSINEN, M. TANSKANEN, P., ERLUND, H. Therapeutic outcomes monitoring by community pharmacists for improving clinical outcomes in asthma. **J. Clin. Pharm. Ther.** v. 25, n. 3, p. 177-83, 2000.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE. **Atenção Farmacêutica no Brasil: trilhando caminhos. Relatório 2001-2002.** Brasília, Organização Pan-americana De Saúde, 46 p, 2002a.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. **Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica: Proposta.** Brasília, Organização Pan-americana De Saúde, 24 p, 2002b.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. **Termo de Referência para reunião do grupo de trabalho: Interface entre Atenção Farmacêutica e Farmacovigilância.** Brasília, OPAS, 28 p, 2002c.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE SALUD. El papel del farmacéutico en la atención a la salud: declaración de Tokio, Ginebra, 1993.

PERINI, E., MODENA, C.M. RODRIGUES., R.N. et al. Consumo de Medicamentos e adesão às prescrições: objeto e problema de epidemiologia. **Rev. Ciênc. Farm.** v. 20, p. 471-488, 1999.

PHARMACEUTICAL Care: The minnesota model. **Pharm. J.** v. 258, p. 899-904, 1997.

POSEY,M. Pharmaceutical care: will pharmacy incorporate its philosophy of practise? **J. Am. Pharm. Assoc.** v. N537 n. 2, p. 145-148. 1997.

ROUGHEAD, E.E., GILBERT, A.L. PRIMOROSE, J.G. et al. Drug related hospital admissions: a review of australian studies published 1988-1996 **M.J.A.** v. 168, p. 405-408, 1998.

SALVIA, P.L., MARÍ, A.A., CHUST, V.S., et al. Actuación farmacoterapêutica en el marco de um programa de atención farmacêutica. **Rev.OFIL,** v. 9, p. 40-59, 1999.

SCHNEIDER, P.J., GIFT, ME, LEE, YP. Cost of medication-related problems at a university hospital. **Am.J.Health Syst Pharm.** v. 52, p. 2415-2418,1995.

SINITOX – Sistema Nacional de Informações Tóxico – Farmacológicas. **Estatística anual de casos de intoxicação e envenenamento:** Brasil, 1999. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz/ Centro de Informação Científica e Tecnológica, 2000.

SKAER, T.L., SLAR, D.A., MARKOWSKI, J.K.H. Effect of value-added utilities on rescription refill compliance and Medicaid health care expenditures – A study of patients with non-insulin-dependente diabetes mellitus. **J Clin Pharm Ther.** v. 18, n. 4, p. 295-9, 1993.

SOARES, J.C.R.S. Reflexões sobre a eficácia dos medicamentos na biomedicina. **Cad. Saúde Colet.** v. 6, p. 37-53, 1998.

TOMECHKO, M.A., STRAND, L.M., MORLEY, P.C., CIPOLLE, R.J. Quand A from the pharmaceutical care project in Minnesota. **Am Pharm.** v. NS35, p. 30-9, 1995.

VAN VELDHUIZEN, M.K., WIDMER, L.B., STACEY, S.A., POPOVICH, N.G. Developing and implementing a pharmaceutical care model in na ambulatory care setting for patientes with diabetes. **Diabetes Educ.** v. 21, p. 117-23, 1995.

VARMA, S, McELNAY, J.C., HUGHES, C.M., PASSMRE, A.P., VARMA, M. Pharmaceutical careof patients with congestive heart failure: interventions and outcomes. **Pharmacotherapy.** v.19, n.7, p. 860-9. 1999.

WEIDLE, P., BRADLEY,L., GALLINA, J. et al. Pharmaceutical care and related cost savings at a university hospital. **Hospital Pharmacy,** v. 34 p. 43-52, 1999.

WINTERSTEIN, A.G., SAUER, B.C., HEPLER, C.D. et al. Preventable drug related hospital admission . **Ann Pharmacother.** v. 36, p. 1238-1248, 2002.

\*Mestre em Ciências Farmacêuticas / Universidade Federal de Minas Gerais-UFMG, Farmacêutico da Unidade Funcional Farmácia do Hospital das Clínicas da UFMG, [reisamm@hc.ufmg.br](mailto:reisamm@hc.ufmg.br)