

IMPLANTAÇÃO DE UM PROJETO INFORMATIZADO DE ATENÇÃO FARMACÊUTICA PELA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ

EDSON HIDEKI SASAKI

Acadêmico do curso de Farmácia da Universidade Estadual de Maringá (UEM), Rua Floriano Peixoto, 844, CEP: 87030-030, Maringá, PR. e-mail: edsononline@bol.com.br; vencedor DO "Prêmio Jayme Torres", na Categoria Jovem Farmacêutico, com este artigo.

1. INTRODUÇÃO

Todos os livros de história da Medicina demonstram que o homem primitivo, desde as primeiras civilizações, já utilizava remédios para tratar as enfermidades. Estes se tornaram tão importantes para a sociedade, que houve a necessidade de se criar um especialista em remédios. Assim, no ano de 1233, foi promulgada, no sul da Itália, o *Edicto de Federico II de Subia*, que decretava a separação da Farmácia do exercício da Medicina, estabelecendo o nascimento oficial da Farmácia como profissão (PERETTA; CICCIA, 1998, p. 1). Desde então, a profissão farmacêutica vem progredindo como elemento essencial à sociedade, sempre com o intuito incessante de servir a esta e tem, através de sua existência, proporcionado importantes serviços à humanidade (FREITAS et al., 2002, p. 85).

Porém, a atividade farmacêutica tem enfrentado um longo período de transformações. Pode-se citar, entre outros acontecimentos, o desenvolvimento tecnológico e científico que possibilitou a mecanização e a industrialização dos medicamentos, assim como a padronização de formulações para a sua produção em escala industrial, além da aplicação de exorbitantes quantias pelas indústrias farmacêuticas na descoberta de novos fármacos, cada vez mais, potentes. Estes avanços ocorridos, no século XX, tornaram os farmacêuticos, até então, conhecidos como boticários, que preparavam, avaliavam e forneciam preparações medicinais, praticamente dispensáveis para a sociedade (PERETTA; CICCIA, 1998, p. 8), (FREITAS et al., 2002, p. 86).

Desta forma, eles enfrentaram uma crise de identidade profissional, resultando no seu afastamento gradativo da equipe de saúde e do paciente. Isto gerou uma falta de reconhecimento social, sendo que o farmacêutico não representava mais um referencial de saúde na farmácia e sim um mero dispensador de produtos produzidos por terceiros (ZUBIOLI, 2001, p. 25), (RELATÓRIO DA OFICINA DE TRABALHO, 2001, p. 13).

Entretanto, esta realidade começou a mudar, a partir da conscientização de um grupo de profissionais americanos, que passou a se questionar sobre suas práticas e objetivos, utilizando as publicações como forma de divulgação (ZUBIOLI, 2001, p. 25). Foi assim que, na década de 60, surgiu a expressão "Farmácia Clínica" e, posteriormente, em meados dos anos 80, o conceito de Atenção Farmacêutica, que provocou todo um repensar da filosofia e da prática profissional farmacêutica (MEINERS, 2001, p. 16). Muitos têm caracterizado a Atenção Farmacêutica como uma nova definição para a Farmácia Clínica, outros a têm descrito como toda atividade exercida pelo farmacêutico que acarreta resultados benéfi-

cos para o paciente. Porém a maior parte das associações de profissionais farmacêuticos a considera como um novo e importante conceito que representa o crescimento da profissão, indo além da prática habitual da Farmácia Clínica e além das tradicionais atividades farmacêuticas como a preparação e dispensação de medicamentos (PERETTA; CICCIA, 1998, p. 12).

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 1993) define a Atenção Farmacêutica como sendo "o compêndio das atitudes, dos comportamentos, dos compromissos, das inquietações, dos valores éticos, das funções, dos conhecimentos, das responsabilidades e das destrezas do farmacêutico na prestação da farmacoterapia, com objetivo de alcançar resultados terapêuticos definidos na saúde e na qualidade de vida do paciente."

1.1. A IMPORTÂNCIA DA ATENÇÃO FARMACÊUTICA NO BRASIL

Segundo SILVA, MENDES e FREITAS (2002, p. 64), existe, nos países ocidentais subdesenvolvidos ou em desenvolvimento, como o Brasil, uma tendência de aumento no consumo de medicamentos, fenômeno que tem sido denominado de "medicalização da sociedade". Para demonstrar isto em números, no ano de 1998, o faturamento da indústria farmacêutica mundial foi de 300 bilhões de dólares, sendo o Brasil responsável por 10,3 bilhões, colocando o País como o quinto maior mercado consumidor mundial (SCHOSTACK, 2001, p. 84).

Isto é consequência de uma série de fatores que, somados, acabam favorecendo este excessivo consumo de medicamentos. Em primeiro lugar, há um número elevado de farmácias/drogarias, no País. São cerca de 55 mil, o que equivale a uma farmácia para cada 3 mil habitantes (BOCK, 2001, p. 84). Soma-se a isto, a falta de critérios éticos para a sua promoção, através do esquema empresarial que comanda sua produção e comercialização. O medicamento não deve ser tratado como um bem de consumo, como pode ser observado nas constantes propagandas divulgadas na mídia pela indústria farmacêutica (ZUBIOLI, 2001, p. 157), (SCHOSTACK, 2001, p. 84). Estas propagandas estimulam o consumo, transmitindo a idéia de que os medicamentos podem levar ao pleno bem-estar, porém sem citar as consequências que o seu uso incorreto pode ocasionar.

Concomitantemente, a dispensação dos medicamentos, que deveria ser realizada por um profissional habilitado, acaba frequentemente sendo executado por empresários leigos, movidos pela ganância do dinheiro, ou por balconistas completamente despreparados. É nestas condições que se

acaba praticando a "empurroterapia"¹, decorrente do predomínio dos interesses comerciais sobre os interesses da saúde coletiva, levando a caracterização da farmácia como um estabelecimento comercial enquanto deveria ser um centro de atenção à saúde. Esta questão é delicada, pois se a dispensação do medicamento não for realizada corretamente, ou seja, com os devidos cuidados científicos, todo o processo terapêutico iniciado na consulta com o médico pode fracassar (ZUBIOLI, 2001, p.165), (RELATÓRIO DA OFICINA DE TRABALHO, 2001, p. 13).

Outro fator que também contribui para o aumento nas estatísticas do consumo é a automedicação², muito favorecida pelo fácil acesso aos medicamentos, no Brasil, onde mesmo aqueles com tarja vermelha podem ser adquiridos facilmente, sem prescrição médica. A automedicação representa um fator de alto risco à saúde pública, pois pode mascarar uma patologia grave, tornando o tratamento mais complicado e longo, elevando os custos do sistema público de saúde já que o paciente recorre ao mesmo em caso de agravamento da doença. Além disso, a maior parte da população não possui conhecimento científico necessário para distinguir distúrbios, avaliar sua gravidade e fazer uso dos recursos terapêuticos disponíveis (SOARES, 1995, p. 17), (HOLTHAUSEN, 2001, p. 76), (SILVA; MENDES; FREITAS, 2002, p. 64).

Como se pode notar, o consumo irracional dos medicamentos pode ocasionar sérias conseqüências, o que evidentemente gera uma constante preocupação para a sociedade. Pode possibilitar o surgimento de doenças iatrogênicas, resistência bacteriana, além de aumentar o risco de interações medicamentosas, pois, independente do fármaco que esteja sendo utilizado, pode ocorrer uma redução da biodisponibilidade, acarretando diminuição ou perda de sua eficácia, ou podendo ainda ocasionar reações tóxicas, culminando em graves danos à saúde do paciente (ZUBIOLI, 2001, p.157), (SILVA; MENDES; FREITAS, 2002, p. 64).

De acordo com dados fornecidos pelo Sistema Nacional de Informações Tóxico-farmacológicas (SINITOX, 2000), os medicamentos vêm sendo o principal responsável pela ocorrência de intoxicações, no Brasil, desde 1996. No ano de 1999, foram registrados 66.584 casos de intoxicação humana, sendo que os medicamentos foram responsáveis por 18.824 relatos, ou seja, 28,27 %. Os medicamentos antiinflamatórios não esteroidais podem ser citados como um exemplo.

Segundo dados da Associação Brasileira da Indústria Farmacêutica (Abifarma), hoje, Febrafarma, eles estavam entre os primeiros no *ranking* de medicamentos mais vendidos, no ano de 1999. O impacto desse fato pode ser observado pelo aumento dos casos de hemorragia digestiva no Instituto da Criança de São Paulo (BARBOSA JR., 2000, p. C5).

Por todos esses fatos, a prática da Atenção Farmacêutica, na farmácia comunitária, passou a ser uma necessidade de saúde pública. O farmacêutico é o profissional da saúde com maior conhecimento e experiência em medicamentos e seus efeitos sobre o organismo humano. A combinação destes conhecimentos aliados ao fácil acesso da população ao profissional torna este a pessoa mais habilitada para atuar entre o medicamento e o paciente, prestando as devidas orientações,

visando a uma farmacoterapia racional, adequada, eficaz e segura, prevenindo possíveis erros na terapêutica. O uso correto de medicamentos pode ocasionar enormes vantagens à população e economia aos cofres públicos (PERETTA; CICCIA, 1998, p. 7), (LYRA JR., 2001, p. 74), (ZUBIOLI, 2001, p.165).

Além disso, a Atenção Farmacêutica é mais ágil e eficaz, pois atua como um serviço de atenção primária à saúde. O farmacêutico possui os conhecimentos necessários para fornecer informações sobre as patologias de forma a atuar na sua prevenção, ou evitar o agravamento da doença e a necessidade de atendimento hospitalar (SANTOS, 2002, p. 3). Ele pode ainda divulgar medidas preventivas que possam promover a saúde como, por exemplo, a campanha anunciada pela OMS (2002) em prol da saúde. Nesta campanha, difunde-se a idéia de que pessoas de todas as idades façam, pelo menos, 30 minutos diários de atividade física moderada, para ajudar a prevenir doenças crônicas e incapacitantes, provocadas por um modo de vida não saudável e sedentário (CEBRIM, 2002, p. 59). Outras medidas também podem ser transmitidas, como o abandono do fumo, da ingestão de bebidas alcoólicas e a adoção de uma alimentação mais saudável.

Para isso é essencial que o farmacêutico adquira novos conhecimentos e habilidades que possam habilitá-lo a atuar como uma peça fundamental na equipe de saúde. Devido a isso, as universidades e os docentes possuem uma enorme responsabilidade na formação dos futuros profissionais farmacêuticos. Entretanto, a maioria dos cursos de Farmácia deste país apresenta deficiências, evidenciando a necessidade de uma reformulação curricular que redirecione os rumos da profissão. A formação acadêmica não deve apenas destacar os conhecimentos científicos e tecnológicos, mas valorizar também a formação humanista que pode ser adquirida, através da Atenção Farmacêutica (LYRA JR., 2001, p. 75).

A implantação desta especialidade no currículo do curso de Farmácia faz-se necessária frente às profundas transformações que a profissão farmacêutica vem enfrentando. É sempre bom ressaltar que as grandes transformações da humanidade iniciaram-se no berço das universidades.

Nesta perspectiva, pretende-se que o acadêmico saia da universidade com a Atenção Farmacêutica consolidada em sua formação e que ele não a veja como mais uma atividade dentro da farmácia e, sim, como uma reformulação da prática profissional, em que o farmacêutico assume efetivamente um compromisso e responsabilidade direta com o paciente (MEINERS, 2001, p. 16). Através deste projeto, o acadêmico pode integrar-se totalmente ao paciente, permitindo que ele tenha a oportunidade de praticar os conhecimentos teóricos adquiridos, durante o curso. Assim, ele é estimulado a realizar a Atenção Farmacêutica, beneficiando a comunidade por meio de ações que possam promover o total bem-estar do cidadão. Com isso o futuro profissional pode adquirir experiência suficiente, durante a sua formação acadêmica, para que ele tenha condições de implantá-la e praticá-la quando chegar ao mercado de trabalho.

Busca-se ainda fornecer um instrumento para auxiliar e também estimular a prática da Atenção Farmacêutica, atra-

1 Entende-se por "empurroterapia" como ato de exercício ilegal da medicina, praticado por balconistas de drogarias ao "prescreverem" medicamentos com a finalidade de obtenção de comissões sobre as vendas realizadas (PENA, 2001, p. 71).

2 A "automedicação" é uma forma de tratamento de doenças menores sem recurso à consulta médica, com a utilização de medicamentos adquiridos sem a receita médica (SOARES, 1995, p. 17).

vés da criação de um banco de dados informatizado constando os dados do paciente.

2. METODOLOGIA

O local escolhido para a implantação do projeto foi a Farmácia-ensino da Universidade Estadual de Maringá (UEM), localizada, no Município de Maringá (PR). A opção pela Farmácia-ensino baseou-se na confiança e integridade que são transmitidas à comunidade, por meio de seus farmacêuticos e docentes, em virtude dos vários anos de serviços prestados à mesma. Desta forma, a aceitação dos pacientes para participar do projeto foi apenas uma consequência do trabalho já desenvolvido pela equipe da farmácia. O fato de a Farmácia-ensino servir como campo de estágio para os acadêmicos também pesou na decisão, visto que o projeto seria essencial para o aprimoramento dos mesmos.

É importante citar que a implantação de um projeto semelhante a este já havia sido executado nesta instituição de ensino. Os pacientes eram entrevistados, e seus dados armazenados em fichas farmacoterapêuticas. Infelizmente, o mesmo fracassou, devido à dificuldade no manuseio das fichas e no levantamento estatístico dos dados, além do grande espaço físico que era ocupado pelo material.

No início do corrente ano, surgiu a idéia de reiniciar o projeto, embora fosse necessária a informatização dos dados para suprir as deficiências do projeto anterior. Portanto, na primeira etapa, partiu-se para o desenvolvimento de um banco de dados baseado na resolução n.º 357/2001 do Conselho Federal de Farmácia (BRASIL, 2001) que permitisse o armazenamento e gerenciamento das informações, proporcionando aos acadêmicos e aos pacientes mais agilidade e eficácia no manuseio dos mesmos. Isto foi possível, através da utilização do programa Microsoft® Access 2000, que é específico para a criação e gerenciamento de um banco de dados.

Para que se pudesse assegurar a privacidade na entrevista com os pacientes e a garantia do sigilo profissional, houve a necessidade de se disponibilizar uma sala anexa à farmácia. Foram necessários também um computador para uso exclusivo, mesa, cadeiras e literatura para consultas científicas. O computador cedido foi um Pentium 100 Mhz, 32 MB RAM.

A segunda etapa consistiu na seleção dos pacientes que iriam ser atendidos. Fez-se a opção pelo atendimento a toda a comunidade universitária que utiliza a Farmácia-ensino, como docentes, funcionários ou até mesmo os acadêmicos. Dentro desta comunidade, a idéia inicial era atender somente pacientes portadores de patologias específicas, como hipertensão ou diabetes, porém chegou-se a um consenso que a restrição feria os princípios éticos da profissão e que toda a comunidade deveria ser beneficiada.

Em junho do mesmo ano, iniciou-se a entrevista com os pacientes e continua sendo realizada com a cooperação dos farmacêuticos da Farmácia-ensino que os encaminham para serem inseridos no projeto. Durante a entrevista, as informações são coletadas de acordo com os campos estabelecidos pelo layout do banco de dados.

As primeiras informações recolhidas, conforme figura 1, são: nome, endereço, telefone, idade, peso, altura, se é fumante ou faz uso de bebidas alcoólicas. Com posse destes dados, o programa calcula o índice de massa corporal (IMC)

indicando se o paciente está com o peso normal, sobrepeso, obeso ou abaixo do peso. Desta forma, pode-se orientá-lo a procurar um médico para que seja estabelecido um regime, caso haja necessidade. Referindo-se aos fumantes ou àqueles que fazem uso de bebidas alcoólicas são fornecidas informações sobre os males causados por estes vícios e acima de tudo, os benefícios que o abandono dos mesmos acarreta à saúde do indivíduo.

Figura 1 - Dados gerais do paciente

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ
FARMÁCIA ENSINO
BANCO DE DADOS PARA
ATENÇÃO FARMACÊUTICA

NOVO EXCLUIR

JOSÉ DA SILVA

Código: 1 Nome: JOSÉ DA SILVA

Endereço: AV. BRASIL, 3421 Bairro: VILA DAS CAMÉLIAS

Cidade: MARINGÁ Telefone/Rua: 222 2222 R. 2222

Data de Nascimento: 22/12/1962 Fumante: ☒ Alcool: ☒

Peso (Kg): 62 Altura (m): 1,57

IMC: 32,988 Definição: Obeso

No campo "patologias pré-existent" (figura 2a), anotam-se informações sobre o histórico patológico, abrangendo desde resfriados até intervenções cirúrgicas. No campo "outras observações" (figura 2b), recolhem-se informações sobre atividade física, hábitos alimentares, reações de hipersensibilidade a medicamentos, alergias, além de outras informações que possam ser relevantes. Os pacientes são orientados a realizarem atividades físicas moderadas diariamente assim como a adoção de uma alimentação mais saudável, com mais verduras, legumes, frutas, cereais e menos gordura.

Figura 2 - (A) Patologias pré-existent.
(B) Outras observações

Patologias pré-existent

PACIENTE PORTADOR DE HIPERTENSÃO HÁ 7 ANOS.
EM FEVEREIRO DE 2002, SOFREU UM INFARTO DO MIOCÁRDIO, SENDO SUBMETIDO A UMA CIRURGIA PARA COLOCAÇÃO DE PONTES DE SAFENA.

ATIVIDADE FÍSICA/ DIETA ALIMENTAR/ REAÇÕES DE
HIPERSENSIBILIDADE A MEDICAMENTOS/ ALERGIAS

Outras observações

PACIENTE POSSUI REAÇÃO DE HIPERSENSIBILIDADE AS PENICILINAS.
FAZ CAMINHADAS DIÁRIAS DE 30 MIN.
FAZ RESTRIÇÃO DE SÓDIO NA ALIMENTAÇÃO

Os medicamentos de uso contínuo (figura 3a) são armazenados em um campo separado dos outros medicamentos consumidos (figura 3b), embora em ambos sejam anotadas as datas de início e término da farmacoterapia, a dosa-

gem, forma farmacêutica, via de administração e a posologia. É importante salientar que os medicamentos assinalados não são apenas os adquiridos na Farmácia-ensino, mas também aqueles obtidos nos Postos de Saúde, em outras farmácias ou drogarias e até mesmo as amostras grátis. Com a posse destes dados, podem-se analisar, através de um levantamento bibliográfico de cada medicamento, as indicações, reações adversas, contra-indicações, precauções, posologia, dosagem e as interações medicamentosas de uma forma global, caso o paciente esteja utilizando mais de um medicamento.

Figura 3a - Medicamentos de uso contínuo

MEDICAMENTOS DE USO CONTÍNUO

Início	Nome	Posologia/Via de adm	Término
28/02/02	CAPTAPRIL 50MG C/28 CPR	1 CPR. PELA NOITE/ VIA ORAL	13/03/02
28/02/02	HIDROCLOROTIAZIDA 50 MG	1 CPR. PELA NOITE/ VIA ORAL	
14/03/02	CAPTAPRIL 50MG C/28 CPR	2 CPR. (MANHÃ E NOITE) V. ORAL	

Figura 3b - Histórico do consumo de medicamentos

HISTÓRICO DO CONSUMO DE MEDICAMENTOS

Data	Medicamento Consumido	Posologia/Via de Adm	Término
10/2/2002	ESTOMAZIL PO 5GR	SE NECESSÁRIO/VIA ORAL	10/02/02

Alguns dados do médico responsável também são anotados, conforme figura 4: nome, especialidade e telefone pois, após o levantamento bibliográfico, pode-se constatar alguma irregularidade. Caso isto ocorra, contata-se o médico para que o problema seja debatido. Após a obtenção de um consenso, faz-se o agendamento de um horário com o paciente, momento em que lhe são passadas todas as orientações necessárias.

Figura 4 - Médico responsável

MÉDICO RESPONSÁVEL

Nome	Especialidade	CRM	Telefone
JOSÉ DA SILVA	CLÍNICO GERAL	11111	333 3333
PEDRO DA SILVA	CARDIOLOGISTA	22222	444 4444

A rotina de atendimento, durante o projeto, é inserida no campo "evolução do caso" (figura 5a), abrangendo simples orientações, anotação da pressão arterial, resultados de exames clínicos, registro de reações adversas a medicamentos e cumprimento do tratamento. Há um outro campo denominado "estudo do caso" (figura 5b), onde se anotam as informações obtidas através do levantamento bibliográfico para que os participantes do projeto possam ter acesso a todas as informações pesquisadas sobre os medicamentos consumidos pelo paciente.

Figura 5a - Evolução do caso

EVOLUÇÃO DO CASO

Data	Evolução do caso
28/02/02	INÍCIO DO ACOMPANHAMENTO DO PACIENTE
28/02/02	P.A. = 160/110
01/03/02	P.A. = 150/100
05/03/02	P.A. = 160/100
09/03/02	P.A. = 160/100
12/03/02	P.A. = 160/110. SUGERIU-SE UM RETORNO AO MÉDICO
14/03/02	P.A. = 140/90. POSOLOGIA DO CAPTOPRIL. PASSOU 2 X AO DIA

Figura 5b - Estudo do caso

Estudo do caso

CAPTAPRIL- É um fármaco anti-hipertensivo inibidor da ECA. Logo após a administração de uma dose terapêutica oral, a absorção do captopril é rápida e o pico sanguíneo é obtido em 1 hora. A presença de alimentos reduz a absorção em 30 a 40 %, devendo ser administrado 1 hora antes das refeições ou 2 horas após. A meia-vida aparente de eliminação é de aproximadamente menor que 2 horas. COMO O TEMPO DE MEIA-VIDA É CURTO, 1 CPR AO DIA PROVAVELMENTE NÃO ESTÁ PROTEGENDO O PACIENTE, O QUE JUSTIFICARIA SEUS ALTOS VALORES DE PA. PODE-SE SUGERIR AO MÉDICO A MUDANÇA DA POSOLOGIA PARA 2-3 CPR. AO DIA

Em etapas futuras, pretende-se transpor o projeto para atendimento ambulatorial, no qual ocorreria uma interdisciplinaridade na equipe de saúde, pois o paciente sairia com a prescrição de medicamentos, após consulta com o médico e seria, em seguida, encaminhada à farmácia que poderia fornecer as devidas orientações e informações. Outra meta seria a impressão de uma etiqueta (figura 6), diretamente do banco de dados, constando o nome do paciente, data da dispensação do medicamento, posologia e duração do tratamento.

Figura 6 - Modelo proposto de etiqueta para ser colado na embalagem do medicamento

Universidade Estadual de Maringá
Farmácia-ensino

Data 21/07/02

Nome do paciente: **José da Silva**

Código: 001

Posologia

Tomar 1 comprimido a cada 8/8 horas

Via oral

7:00/15:00/23:00 horas

Por 8 dias



3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conforme foi demonstrado, neste artigo, a prática da Atenção Farmacêutica fica realmente comprometida sem o apoio da informática. Justamente neste momento de afirmação da Atenção Farmacêutica no Brasil, constata-se a necessidade de um instrumento que possa auxiliar e também incentivar a prática desta especialidade, como por exemplo, o banco de dados que foi desenvolvido. Por outro lado, como muitos farmacêuticos são funcionários, nem sempre os proprietários das farmácias/drogarias estão dispostos a comprar programas específicos que possam instrumentalizar esta especialidade, o que acaba prejudicando a prática da Atenção Farmacêutica.

Desta forma, na perspectiva de que este banco de dados possa contribuir para a prática da especialidade no país, propõe-se que ele esteja à disposição para download

gratuito no *site* do Conselho Federal de Farmácia. Assim, promover-se-ia uma ampla divulgação junto aos profissionais farmacêuticos e universidades deste país, para que eles passassem a adotar este recurso. Caso o farmacêutico seja empregado, várias vantagens poderiam ser apresentadas como justificativas junto aos proprietários das farmácias para a implantação da Atenção Farmacêutica, como:

- aquisição gratuita do banco de dados;
- fácil instalação, pois o programa Microsoft® Access, na qual foi desenvolvido o banco de dados, é parte integrante do Microsoft® Office, portanto já vem instalado na maioria dos computadores, junto com o sistema operacional Windows®;
- simplicidade no manuseio do programa, dispensando a necessidade de cursos de informática;
- eficácia e agilidade na manipulação de dados dos pacientes;
- a identificação do paciente, através da Atenção Farmacêutica geraria um atendimento personalizado, que poderia servir como uma vantagem e um diferencial no competitivo mercado.

Em referência ao projeto, como ele está sendo executado, há pouco mais de um mês, ainda não é possível fornecer um levantamento dos resultados obtidos. Entretanto, um caso que está sendo acompanhado pela equipe do projeto chama a atenção, pois ressalta a importância da prestação da Atenção Farmacêutica. Uma senhora de 40 anos possui dores, há mais de cinco anos, e faz uso simultâneo de dez medicamentos entre antiinflamatórios, analgésicos e antidepressivos.

Isto é consequência da consulta a diversos médicos que acabam prescrevendo medicamentos sem questionar se a paciente já está fazendo uso de algum. Devido à falta de informação, ela acaba tomando todos os medicamentos prescritos, embora alguns pudessem ser suspensos. Os médicos não devem ser culpados neste caso, pois o profissional do medicamento é o farmacêutico, e cabe a ele atuar em conjunto não só com o médico, mas com toda a equipe de saúde na busca de uma farmacoterapia racional e eficaz.

Desta forma, segundo ÉBOLI, citado por BRANDÃO (2002, p. 23), "nós não podemos ficar a vida inteira dizendo para nós mesmos que somos imprescindíveis à saúde. Temos que convencer todos os outros profissionais de saúde, como médicos, enfermeiros e dentistas, e a população a também dizerem isso." Esta citação expressa muito bem a postura que todo profissional farmacêutico deve adotar.

4. AGRADECIMENTOS

À Professora Márcia T. L. Crozatti pelo constante apoio na implantação do projeto, ao colega Ricardo A. Paganelli pelo auxílio na criação do banco de dados e também a todos os acadêmicos participantes do projeto. Sinceros agradecimentos ao Farmacêutico Maurício F. Sybua pela disponibilização da sala, microcomputador e também pelo encaminhamento e acompanhamento dos pacientes.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARBOSA JÚNIOR, A. Antiinflamatórios são campeões de queixas. *Folha de São Paulo*, 13 fev. 2000. Caderno Cotidiano, p. C5.

BOCK, L.; TARANTINO, M. Atração Perigosa. *Revista Isto É*, São Paulo, n. 1671, 10 out. 2001, p. 80-85.

BRANDÃO, A. Um repensar sobre a farmácia sul-americana. *Pharmacia Brasileira*, Brasília, n.31, abr./mai. 2002, p. 22-24.

BRASIL. Conselho Federal de Farmácia. Resolução n. 357 de 27 de abril de 2001. Aprova o regulamento técnico das Boas Práticas de Farmácia. *Diário Oficial da União*, Brasília, 27 abr. 2001.

CEBRIM. Informação em saúde que conduz ao uso racional dos medicamentos. *Pharmacia Brasileira*, Brasília, n. 02, abr./mai. 2002, p. 59.

FREITAS, O. de F. et al. O farmacêutico e a farmácia: uma análise retrospectiva e prospectiva. *Infarma*, Brasília, v. 14, n. 1/2, p. 85-87, 2002.

HOLTHAUEN, C. N. et al. Automedicação e os acadêmicos da área de saúde. *Infarma*, Brasília, v. 13, n. 1/2, p. 76-79, 2001.

LYRA JÚNIOR., D. P. de et al. O papel do farmacêutico na farmácia comunitária: visão dos futuros profissionais. *Infarma*, Brasília, v. 13, n. 1/2, p. 74-75, 2001.

MEINERS, M. Atenção farmacêutica: em busca de um consenso para o Brasil. *Pharmacia Brasileira*, Brasília, n. 23, nov./dez. 2001, p. 16-17.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *El papel del farmacéutico en el sistema de atención de salud*. Informe de la reunion de la OMS. Tokio: 31 ago. al 3 sep.1993.

PENA, F. M.; GUERRA, A. Discussão técnico-legal sobre a venda de medicamentos pela indústria farmacêutica diretamente ao consumidor. *Infarma*, Brasília, v. 13, n. 1/2, p. 71-73, 2001.

PERETTA, M. D.; CICCIA, G. N. *Reingeniería de la práctica farmacéutica*. Buenos Aires: Editorial Medica Panamericana S.A., 1998, 226 p.

RELATÓRIO DA OFICINA DE TRABALHO. *Atenção farmacêutica no Brasil: trilhando caminhos*. Fortaleza: 11 a 13 set. 2001, 29 p.

SANTOS, J. de S. A indiscutível fala da realidade. *Pharmacia Brasileira*, Brasília, n. 31, abr./mai. 2002, p. 3.

SCHOSTACK, J. Política de atenção farmacêutica na sociedade atual: realidade ou ficção? *Infarma*, Brasília, v. 13, n. 3/4, p. 84-87, 2001.

SILVA, M. V. S. da; MENDES, I. J. M.; FREITAS, O. de. O medicamento, a auto-medicação e a farmácia. *Infarma*, Brasília, v. 15, n. 3/4, p. 64-66, 2002.

SINITOX. Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas. *Estatística anual de casos de intoxicação e envenenamento*. Brasil: 1999. Disponível em: <<http://www.fiocruz.br/cict/sinitox>>. Acesso em: 08 de jul. 2002.

SOARES, M. A. (Coord.). *Manual de medicamentos não-prescritos*. Lisboa: Publicações da Farmácia Portuguesa, 1995, 556 p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. World Health Day 2002. Disponível em: <<http://www.who.int/world-health-day/index.en.shtml>>. Acesso em: 07 de jun. 2002.

ZUBIOLI, A. (Coord.). *A Farmácia Clínica na farmácia comunitária*. Brasília: Cidade Gráfica, 2001, 194p.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. *Apresentação de citações em documentos*: NBR 10520. Rio de Janeiro: ABNT, 1990.

_____. *Informação e documentação – referências – elaboração*: NBR 6023. Rio de Janeiro: ABNT, 2000.

_____. *Apresentação de artigos de periódicos*: NBR 6022. Rio de Janeiro: ABNT, 1994.