



Visão geral da área interna da câmara de fluxo, com o farmacêutico realizando o preparo da dose unitária, assessorado por um funcionário da unidade

A CONSTRUÇÃO DO MODERNO

Pelo jornalista Aloísio Brandão,
editor desta revista

- Um mergulho no universo da farmácia hospitalar brasileira, através de entrevistas com as figuras mais expressivas do setor, revela uma disparidade assustadora. Nele, coabitam atrasos e finas flores do hiperdesenvolvimento. Mas a busca por melhores conhecimentos está diminuindo essa diferença e transformando para melhor o panorama do setor.
- Com todas as dificuldades, é visível a busca por uma farmácia hospitalar moderna. E o que é uma FH moderna? “É aquela que, além das tradicionais funções administrativas, econômicas e técnicas, é capaz de agregar atividades relacionadas à farmacoepidemiologia, farmacoeconomia e terapia baseada em evidências, que resultem na melhoria da qualidade da assistência prestada ao paciente”, responde um dos mais respeitados farmacêuticos hospitalares brasileiros, professor Tarcísio Palhano.



Professor Aleixo Prates

A PHARMACIA BRASILEIRA traz, a partir desta página, uma vasta matéria sobre a farmácia hospitalar, no Brasil. A matéria abriga quatro entrevistas e outros textos, com o objetivo de focar o segmento, desde o seu passado, para, daí, chegar a uma perspectiva, dentro de uma abordagem técnico-científica, social, humana e crítica. A primeira visão que se tem é de um setor díspar, onde coabitam o atraso e o hiperdesenvolvimento. Mas nunca por culpa do farmacêutico, ansioso, sempre, em puxar para cima o nível da atividade. Essa desigualdade é a cara do Brasil.

Ainda se vê proprietários e diretores de hospitais e clínicas refratários à idéia de implantação de um programa moderno de farmácia e de contratação de farmacêuticos, em número desejável e levados à qualificação, em seus estabelecimentos. Entretanto, se vê, também, farmácias hospitalares vicejando progressos fantásticos, com requintes da mais alta especialização, a exemplo da farmácia do hospital filantrópico Erasto Gaertner, em Curitiba, toda voltada para a oncologia. A revista entrevistou a farmacêutica Vânia Mari Salvi Andrzejewski, coordenadora daquela farmácia e de um curso de especialização ministrado, ali dentro.

Outro exemplo de franco progresso do setor é o interesse, cada vez maior, no País, pela instalação do sistema de dose unitária. A PHAR-

MACIA BRASILEIRA ouviu uma das maiores autoridades brasileiras no assunto, o farmacêutico George Washington Bezerra da Cunha, diretor do Serviço de Farmácia do Incor (Instituto do Coração) do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo e coordenador do “I Congresso Brasileiro de Medicamentos em Dose Unitária”, realizado, recentemente, em São Paulo.

Uma radiografia nacional do setor veio de uma entrevista com o presidente da Sbrafh (Sociedade Brasileira de Farmácia Hospitalar), Mauro de Castro. A revista falou também com a farmacêutica Lúcia Noblat, que está à frente da revolução que está transformando a farmácia do Hospital Edgar Santos, em Salvador, pertencente à Universidade Federal da Bahia, e com Josué Schostack, farmacêutico do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, que vem ministrando cursos de Farmácia Hospitalar pelo Norte e Nordeste do País, a convite do Conselho Federal de Farmácia.

Mas a porta de entrada da revista nesse conjunto de matérias foi uma entrevista com o professor Tarcísio Palhano, um dos homens que escreveram a história da moderna farmácia hospitalar brasileira, dentro do Hospital das Clínicas de Natal (RN), hoje, Hospital Onofre Lopes. Não sem, antes, sondar o farmacêutico que esteve na retaguarda dos acontecimentos, no Rio Grande do Norte, onde se instalou a vanguarda do setor: o professor Aleixo Prates.

A ousadia de Cimino - Prates cita o professor de Farmacotécnica da Faculdade de Ciências Farmacêuticas da Universidade de São Paulo, José Sylvio Cimino, como o homem que plantou a moderna farmácia hospitalar, no Brasil, cujo primeiro fruto cresceu no Hospital das Clínicas de Natal. De descendência italiana, Cimino era um desses homens audaciosos, para quem o desafio era uma festa.

Para se ter uma idéia, Cimino montou, no final da década de 60, no Hospital das Clínicas de São Paulo, aquela que era a maior farmácia hospitalar do mundo, com nada menos que 5 mil metros quadrados, de acordo com a avaliação do professor Aleixo Prates. Se o tamanho assusta, ainda hoje, imagina, há mais de 30 anos. A área colossal era ocupada com a produção magistral e industrial de medicamentos, toda ela absorvida pelo próprio hospital.

Antes, a farmácia ocupava a modesta área de 400 metros quadrados, que, aliás, não é modesta coisa nenhuma mesmo para os padrões de hoje. Aquela, de 400 metros, foi a primeira farmácia do HC da capital paulista, criada pelo mesmo Cimino, um farmacêutico com profundos conhe-

cimentos de química que chegou a produzir matéria prima dentro do estabelecimento que dirigia. “Quando faltava alguma matéria prima, ele fazia cálculos estequiométricos, misturava substâncias e produzia os insu-

mos”, lembra Aleixo Prates, aluno de Cimino num dos estágios que ministrou. O pioneiro ousado do HC de São Paulo faleceu, na década de 70, deixando a mais importante de suas obras: gerações de farmacêuticos hospitalares espalhados por todo o Brasil.

Por uma questão de registro histórico, vale salientar que a história da farmácia hospitalar brasileira está muito ligada às santas casas de misericórdia. Todas elas possuíam as suas farmácias, embora nem todas elas estivessem em mãos de farmacêuticos. No conjunto de matérias que se segue, não foi possível ouvir ou citar os nomes de todos aqueles que colaboraram para o engrandecimento da farmácia hospitalar. Mas a todos eles, os parabéns da revista PHARMACIA BRASILEIRA.



Ambiente de farmácia hospitalar

O esforço do CFF por disseminar conhecimentos

O Conselho Federal de Farmácia está determinado a criar um outro panorama para a farmácia hospitalar brasileira. O CFF age em vários flancos, principalmente no campo do conhecimento. Busca alterar os currículos dos cursos de Farmácia, com vistas a que se intensifique o ensino de Farmácia Hospitalar, e vem bancando cursos de educação continuada pelo País. “Estamos muito otimistas, porque estamos presenciando e sendo os agentes de uma mudança substancial na farmácia hospitalar do nosso País”, diz o presidente do CFF, Jaldo de Souza Santos.

Em 1999 e 2000, o CFF realizou, no Norte e Nordeste, o curso “Atualização em Farmácia Hospitalar”, ministrado pelos farmacêuticos hospitalares Josué Schostack, do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, pertencente à UFRS (Universidade Federal do Rio Grande do Sul), também professor de Farmácia Hospitalar da PUC (Pontifícia Universidade Católica) da capital gaúcha e da pós-graduação da Associação dos Hospitais do Rio Grande do Sul; Márcia Elisa Carraro do



Josué Schostack

Nascimento, especialista em farmácia clínica e integrante da farmácia do hospital público Nossa Senhora da Conceição, em Porto Alegre; e Iara Aydos, da Farmoterápica, empresa especializada em Nutrição Parenteral e Quimioterapia. A farmacêutica também é de Porto Alegre.

O curso foi realizado em João Pessoa e Campina Grande (PB), Recife, Maceió, Fortaleza, São Luiz, Terezina, Palmas e Salvador. Em nenhum dos lugares, registrou-se frequência inferior a 100 participantes, entre farmacêuticos e estudantes de Farmácia. No dia 21 de setembro, iniciou-se a segunda rodada de cursos, desta vez, sobre atenção farmacêutica em farmácias comunitárias e hospitalares.

Mudança na graduação – Farmacêutico hospitalar, há 30 anos, Josué Schostack fez um diagnóstico um pouco sombrio da farmácia hospitalar, nos lugares onde ministrou o curso. “Os farmacêuticos e estudantes não tinham muito conhecimento técnico-científico sobre o assunto, não sabiam, por exemplo, das possibilidades e áreas de atuação profissional, dentro de uma farmácia



Jaldo de Souza Santos

hospitalar”, lamenta. Schostack acrescenta que muitos não sabiam como trabalhar em um saneante, como agir numa comissão de controle de infecção, como preparar e dispensar um antineoplásico etc.

Para ele, mudanças somente virão com o conhecimento. E a primeira providência, nesse sentido, terá que partir dos cursos de Farmácia. Josué Schostack defende que as instituições de ensino criem a Cadeira obrigatória de Farmácia Hospitalar nos cursos de Farmácia. Critica o fato de que, hoje, poucos a possuem. “Esse número não chega a 10%”, garante. A PUC de Porto Alegre, onde ensina, é uma das pioneiras na criação da Cadeira obrigatória de FH.

Veja, ao final deste conjunto de matérias, as resoluções do Conselho Federal de Farmácia dispendo sobre a atividade do farmacêutico na farmácia hospitalar.

ENTREVISTA / TARCÍSIO PALHANO

Natal, pólo irradiador

O professor Tarcísio Palhano, diretor da farmácia do Hospital Onofre Lopes, da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, foi um dos lançadores da pedra fundamental da moderna farmácia hospitalar brasileira

Escrever sobre a farmácia hospitalar brasileira, com o propósito de investigar um tanto do seu passado e do seu presente e abrir uma perspectiva crítica para o seu porvir, abalizado em evidências, fatos, conhecimentos, como é o caso desse conjunto de entrevistas que a revista

PHARMACIA BRASILEIRA está fazendo, requer um roteiro mínimo que inclui alguns nomes obrigatórios, entre outras observações básicas. O professor Tarcísio José Palhano é um desses nomes.

Unanimidade entre farmacêuticos brasileiros, quan-

do se fala no assunto, Palhano é um dos bastiões que ancoraram a farmácia hospitalar, quando ela muito precisava de apoio intelectual, de conhecimento e de homens de boa vontade para crescer, dentro de uma visão moderna. E o que é uma farmácia hospitalar moderna? O próprio Tarcísio Palhano é quem descreve: “É aquela que, além das tradicionais funções administrativas, econômicas e técnicas, é capaz de agregar atividades relacionadas à farmacologia, epidemiologia, farmacoeconomia e terapia baseada em evidências, que resultem na melhoria da qualidade da assistência prestada ao paciente”.

Meticuloso, devotado ao trabalho, desbravador, Tarcísio Palhano, o homem que ajudou a solidificar a moderna farmácia hospitalar, no País, tem um currículo tão rico, que é impossível resumi-lo, sem deixar de fora algumas de suas grandes ações. Professor adjunto do Curso de Farmácia, da Universidade Federal do Rio Grande do



Tarcísio Palhano

PHARMACIA BRASILEIRA - É certo dizer que o embrião da farmácia clínica hospitalar brasileira foi gerado na farmácia do Hospital da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, sob o seu comando? Pode contar um pouco dessa história?

Tarcísio Palhano - Sim. Tudo começou com o professor Aleixo Prates, em 1977. Convidado pelo reitor da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, professor Domingos Gomes de Lima, para modernizar o Niquifar, laboratório-escola que funcionava nas dependências do Curso de Farmácia, como campo de estágio para os alunos da habilitação em Indústria, também, pretendia desenvolver um projeto que resultasse na completa reestruturação da farmácia do Hospital das Clínicas, o que incluía a ampliação do laboratório de farmacotécnica magistral e a implantação de um serviço de farmácia clínica.

Para viabilizar esse projeto, o professor Aleixo convidou alguns farmacêuticos e também alguns alunos do último período do Curso de Farmácia, entre os quais Júlio Maia, Socor-

ro Oliveira e eu. Colamos grau, em dezembro de 1977. Em fevereiro do ano seguinte, prestamos concurso para a Universidade e, em março, já estávamos, em São Paulo, para fazer estágio.

O professor Júlio foi estagiar, na farmácia da Santa Casa de Misericórdia, com o Dr. Cláudio Daffre; a professora Socorro foi encaminhada para estágio com o Dr. Paulo Marques, na farmácia Drogamérica, e eu fui recebido pelo Dr. José Sylvio Cimino, no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP.

Confesso que o começo foi difícil e cheguei a pensar em desistir. Apesar de ainda saber muito pouco sobre farmácia clínica, não conseguia correlacioná-la ao estágio que realizava. Foi então que conheci o Dr. George Washington, chefe do Serviço de Farmácia do Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da USP. Foi lá, no InCor, juntamente com as colegas Izabella Bolyhos e Sônia Cipriano – hoje, diretora da Divisão de Farmácia do Hospital das Clínicas da USP - que comecei, efetivamente, o meu estágio, sob a supervisão e orientação do Dr. Geor-

Norte, professor e coordenador de Farmacologia Aplicada e do Estágio Supervisionado Farmacêutico da mesma Faculdade; diretor, desde 1991, de Farmácia do Hospital Universitário Onofre Lopes, antes - e ainda - chamado de Hospital das Clínicas, o farmacêutico já integrou a Comissão de Ensino do Conselho Federal de Farmácia e a Comissão de Revisão da Farmacopéia Brasileira.

Raramente, tem uma folga em sua agenda. Mesmo assim, como se possuísse o dom da onipresença, viaja pelo País, pregando o que sabe sobre essa que é uma de suas paixões. Nesta entrevista que deu à PHARMACIA BRASILEIRA, Tarcísio Palhano conta um pouco da história da implantação do novo conceito de farmácia hospitalar no Onofre Lopes, da UFRN. Uma história para a história da Farmácia brasileira. Fala ainda sobre farmácia clínica, sobre a atuação do farmacêutico nos hospitais etc. **Veja a entrevista.**

ge. Concluído o estágio, viajei para o Chile, onde permaneci, de agosto a dezembro, fazendo curso de Farmácia Clínica, sob a orientação da professora Inês Ruiz, da Universidade do Chile.

Enquanto isso, os professores Júlio e Socorro já haviam concluído os seus estágios, em São Paulo, e, antes de voltarem para Natal, haviam estado em Buenos Aires, para conhecer a Farmácia Florida, então, modelo de farmácia magistral, na América do Sul. De volta a Natal, o professor Júlio assumiu a chefia da Seção de Farmácia do Hospital das Clínicas e começou a executar o projeto de reestruturação idealizado pelo professor Aleixo.

No início do ano seguinte, a professora Inês veio para Natal, com a missão de coordenar a implantação de um Serviço de Farmácia Clínica, no Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Foi, assim, que surgiu o primeiro Setor de Farmácia Clínica do Brasil, oficialmente implantado, em 15 de janeiro de 1979, conforme “Termo de Instalação”, lavrado, na ocasião, para documentar tão importante feito.

Naquela mesma oportunidade, foi criado o primeiro Centro de Informação de Medicamentos do Brasil, vinculado à Farmácia Clínica, visan-



Ambiente de farmácia hospitalar

do, principalmente, a dar o suporte técnico-científico indispensável ao adequado desempenho das ações que passariam a ser executadas pelos farmacêuticos. A primeira informação fornecida, por escrito (contra-indicações do Trilergon em pacientes com enfermidade cardiovascular), data de 23 de janeiro de 1979.

Desde então, passei a dirigir a Farmácia Clínica. É certo que sua criação havia se constituído em um marco histórico. Porém, era apenas o começo, o primeiro passo; era preciso seguir a caminhada.

Não foi difícil perceber que o passo seguinte seria constituir uma equipe. Foi, então, que sugeri ao professor Aleixo a contratação de duas colegas de turma, que haviam se destacado, durante o curso de graduação como alunas estudiosas e aplicadas. Refiro-me a Lúcia Costa, que, por assumir o sobrenome do esposo, passou a se chamar Lúcia Noblat, e a Ivonete Batista. Seria também uma maneira de desfrutar, o máximo possível, dos indescritíveis conhecimentos da professora Inés, que iria permanecer, em Natal, por três meses.

No mesmo ano, as professoras Lúcia e Ivonete fizeram seus cursos de Farmácia Clínica, no Chile, de modo que, ao final de 1979, já contávamos com uma equipe formada por três farmacêuticos clínicos. A partir daí, a farmácia clínica deslanchou. Cada farmacêutico clínico integrou-se à equipe de uma especialidade médica, a começar pela cardiovascular, seguindo-se a gastroenterologia e a pneumologia, e começou a participar ativamente do dia-a-dia de cada uma delas.

Implantado o Serviço e efetivamente implementadas ações pelos farmacêuticos clínicos, era preciso fazer uma primeira grande avaliação da farmácia clínica, no País. Foi o que inspirou a realização do “I Seminário Brasi-

“...ao final de 1979, já contávamos com uma equipe formada por três farmacêuticos clínicos. A partir daí, a farmácia clínica deslanchou. Cada farmacêutico clínico integrou-se à equipe de uma especialidade médica, a começar pela cardiovascular, seguindo-se a gastroenterologia e a pneumologia, e começou a participar ativamente do dia-a-dia de cada uma delas”

leiro de Farmácia Clínica”, de primeiro a cinco de junho de 1981, do qual participaram 111 farmacêuticos de 14 Estados brasileiros, além dos professores Juan Robayo e Thomas Moore, dois consultores internacionais em Farmácia Clínica, trazidos dos Estados Unidos, graças ao convênio MEC/BID.

O Seminário contou, ainda, com as

presenças de representantes de diversos organismos nacionais e internacionais, das áreas de saúde e educação, de várias autoridades da nossa Universidade, a começar pelo reitor, diretor do Centro de Ciências da Saúde, coordenadora do Curso de Farmácia, diretor do Hospital das Clínicas, além de médicos e enfermeiros pertencentes às equipes em que os farmacêuticos clínicos atuavam. Os depoimentos destes últimos foram extremamente favoráveis e gratificantes, pois realçaram, sobretudo, a importância da nossa participação nos trabalhos das suas equipes.

Como os resultados do “I Seminário” haviam sido bastante favoráveis, nos animamos a dar um novo passo. Refiro-me ao “I Curso Brasileiro de Farmácia Clínica”, realizado, de dois a 27 de maio de 1983, do qual participaram 180 farmacêuticos de sete Estados brasileiros.

PHARMACIA BRASILEIRA - Como eram os ambientes hospitalares do País, em que pesem as atividades farmacêuticas, antes da farmácia do HC de Natal?

Tarcísio Palhano - Não disponho de dados suficientes para responder a esta pergunta, especialmente

pela grande dimensão do nosso País. Sei, no entanto, que, muito antes de nós, vários farmacêuticos já militavam na farmácia hospitalar, pelo Brasil afora. Mesmo correndo o risco de cometer injustiças por eventuais omissões, poderia destacar os nomes dos doutores José Sylvio Cimino, Cláudio Daffre, George Washington, Victor Hugo, Myrcio de Paula, Amílcar Carleal, José Antônio, Geovani Fernandes, Michel Kfourri, Márcio Fonseca, Ernesto Galvão, entre outros, em São Paulo; professor Levy Gomes e Dr. Mário Teixeira, no Rio de Janeiro; professores Antônio Basílio e Zildete Pereira, em Minas Gerais; Dr. Josué Shostack, no Rio Grande do Sul; Dr. Oscar Vilaça, em Pernambuco; professor José Alexandrino, na Bahia, além dos Drs. Antônio Macedo e Grijalva Viana, aqui mesmo em Natal.

PHARMACIA BRASILEIRA -

Em 1978, a farmácia do HC de Natal assumia a condição de vanguarda da farmácia hospitalar brasileira, inclusive, irradiando influências para todo o País. Ela já possuía moderna estrutura e alcançava várias áreas de atividade? O senhor pode citar e comentar cada uma dessas áreas?

Tarcísio Palhano - O projeto de reestruturação da farmácia do Hospital das Clínicas começou a ser implementado, em agosto de 1978. Portanto, ainda não havia qualquer possibilidade de assumir posição de vanguarda, àquela altura. A implementação

desse projeto foi entregue ao professor Júlio Maia, tendo em vista que a ele coube chefiar a farmácia. Com o seu afastamento, devido ao mestrado que foi fazer, a chefia passou a ser exercida pela professora Socorro Oliveira, vindo, em seguida, as professoras Ana Maria Marinho, Ivonete Batista e, finalmente, eu, a partir de 1991.

“A morte do presidente Tancredo Neves, em 1985, supostamente decorrente de infecção hospitalar, além de ter causado uma verdadeira comoção nacional, trouxe uma tremenda dor de cabeça para as autoridades de saúde do Brasil. Como explicar ao mundo que um presidente da República não poderia tomar posse, por ter sido vítima de um problema, até certo ponto, controlável?”

A estrutura era

bastante precária e, além da farmácia de dispensação, dispunha apenas de um pequeno laboratório de manipulação, no subsolo do hospital, que, apesar de ter sido considerado muito importante, estava desativado. Os primeiros passos consistiram na elaboração de uma padronização de medicamentos e na ampliação do quadro funcional.

PHARMACIA BRASILEIRA - O Ministério da Saúde, há anos, implantou um curso de farmácia hospitalar, no HC, voltado para o controle da infecção. Por que o curso não existe mais?

Tarcísio Palhano - A morte do presidente Tancredo Neves, em 1985, supostamente decorrente de infecção hospitalar, além de ter causado uma verdadeira comoção nacional, trouxe uma tremenda dor de cabeça para as autoridades de saúde do Brasil. Como explicar ao mundo que um presidente da República não poderia tomar posse, por ter sido vítima de um problema, até certo ponto, controlável? Foi, aí, que o Ministério da Saúde constituiu um Grupo de Trabalho, liderado pelo Dr. Luiz Carlos Romero, cujo principal objetivo seria o de avaliar a atuação das Comissões de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), instituídas, através da Portaria 196/83, pelo próprio Ministério. Após analisar o desempenho dos distintos profissionais que já estavam atuando em algumas destas comissões, o Grupo concluiu, sem maiores dificuldades, pela imperiosa necessidade de capacitar farmacêuticos, a fim de que, também, pudessem se desempenhar adequadamente nessa área de atuação.

O Grupo passou, então, a visitar farmácias hospitalares de diversos Estados brasileiros, em busca de um serviço que oferecesse condições téc-

nicas adequadas à ministração de cursos para farmacêuticos. A farmácia do Hospital das Clínicas foi a escolhida, especialmente pelo entusiasmo que o Grupo demonstrou, ao conhecer o trabalho, aqui desenvolvido, através da farmácia clínica. Foi assim que, de 85 a 92, foram realizados, em

nosso Hospital, oito cursos de Especialização em Farmácia Hospitalar para o Controle de Infecção Hospitalar, inicialmente, coordenados pela professora Lúcia Noblat e, em seguida, pela professora Ivonete Batista. Participaram desses cursos 191 farmacêuticos de todos os Estados brasileiros.

Acredito que o curso não existe mais, por uma certa falta de interesse do próprio Ministério da Saúde. De nossa parte, em que pese o imenso desgaste, fazíamos um esforço sobre-humano para conciliar as atividades dos cursos com nossas funções docentes e assistenciais que, obviamente, não eram interrompidas, durante a realização dos mesmos. Apesar disso, quando olhamos para trás, sentimos-nos felizes e recompensados por tudo que foi feito, pois temos a certeza do quanto pudemos contribuir para reescrever a história da farmácia hospitalar do Brasil.

“Não são raros os casos, não só de hospitais, mas também de clínicas privadas, que estão incorporando o farmacêutico a seus quadros funcionais. E o que é ainda mais animador é que essa decisão tem sido tomada, cada vez mais, não apenas para dar cumprimento a dispositivos legais, mas se espelha em exemplos de trabalhos muito bem sucedidos, realizados por esses profissionais em outras instituições”

PHARMACIA BRASILEIRA - Falar em infecção hospitalar, que ações vocês estão desenvolvendo, com vistas a controlá-la, hoje? Qual o índice de infecção, aí, no HC?

Tarcísio Palhano - A Comissão de Controle de Infecção do nosso Hospital desempenha as suas ações, satisfatoriamente, de acordo

“Infelizmente, não oferecemos mais estágio e nem ministramos cursos de especialização em nossa farmácia, tendo em vista as dificuldades por que passam a Universidade e os hospitais universitários brasileiros, como um todo, e pelos problemas de infra-estrutura e de pessoal, no nosso caso particular”

com nossa avaliação. Dentre suas ações, podem ser destacadas:

1) A vigilância epidemiológica das infecções, através do método de busca ativa; 2) o controle do uso de todos os antimicrobianos prescritos, terapêutica e profilaticamente; 3) o levantamento dos

indicadores epidemiológicos de infecção, de sensibilidade/resistência bacteriana, bem como de consumo de antimicrobianos, profiláticos e terapêuticos; 4) a elaboração, atualização e implantação de rotinas referentes ao controle das infecções; e, 5) a participação em atividades de educação continuada, especialmente junto a médicos residentes, pessoal de enfermagem e funcionários do setor de higienização.

As taxas de infecção, referentes ao primeiro semestre deste ano, foram de 5,4%, 7,5% e 11,2%, na clínica cirúrgica, clínica médica e UTI, respectivamente.

PHARMACIA BRASILEIRA - Apesar da extinção do curso, a farmácia do Hospital das Clínicas continua aberta a estudantes e farmacêuticos, que, aí, vão fazer estágio e especialização? Como ambos são ministrados e de que se compõem?

Tarcísio Palhano - Infelizmente, não oferecemos mais estágio e nem ministramos cursos de especialização em nossa farmácia, tendo em vista as dificuldades por que passam a Universidade e os hospitais universitários brasileiros, como um todo, e pelos problemas de infra-estrutura e de pessoal, no nosso caso particular. O único estágio que continuamos a oferecer é destinado aos alunos do último período do Curso de Farmácia da nossa Universidade, pois faz parte da disciplina curricular obrigatória Estágio Supervisionado Farmacêutico.

Esta disciplina tem uma carga horária total de 360 horas, 120 das quais são ministradas na farmácia do nosso

Hospital, para uma média de 30 a 40 alunos, por semestre. Embora os alunos também participem de atividades relativas à farmácia hospitalar propriamente dita, como dispensação de medicamentos e correlatos, reconstituição de antineoplásicos, manipulação de fórmulas oficinais e magistrais, etc., o estágio tem como ponto forte a prática da farmácia clínica, pois, a partir da segunda semana, eles começam a acompanhar pacientes, participam de sessões clínicas, fazem aconselhamento a pacientes sobre o uso de medicamentos e concluem o Estágio com a apresentação dos casos clínicos dos pacientes por eles acompanhados. As outras 240 horas do Estágio são ministradas na farmácia-escola e no laboratório de farmacotécnica do Curso de Farmácia.

PHARMACIA BRASILEIRA - A farmácia do HC encontra alguma dificuldade? Quais?

Tarcísio Palhano - As dificuldades são incontáveis. As dependências físicas da farmácia deixam muito a desejar, tendo em vista as precariedades da estrutura do próprio hospital, no qual está localizada; temos carência de pessoal auxiliar, decorrente de vagas não preenchidas pelo Ministério da Educação e do Desporto. Os recursos financeiros destinados à aquisição de medicamentos e correlatos nem sempre são suficientes, posto que são provenientes, exclusivamente, da receita gerada pelo próprio hospital, esta já comprometida em cerca de 50% somente com o pagamento de pessoal.

Essas dificuldades, no entanto, começam a ser superadas. O Hospital, que já não é mais “das Clínicas”, e, sim, Hospital Universitário Onofre Lopes, desde 1985, está passando por profundas reformas físicas e estruturais, graças ao empenho e à dedicação do seu atual diretor, professor Ri-

cardo Lagreca, que tem conseguido captar recursos provenientes do Orçamento Geral da União, através de emendas coletivas da bancada federal do Estado do Rio Grande do Norte. Esta elogiável atitude dos nossos parlamentares decorre, certamente, do reconhecimento da importância social deste nosocômio para todo o povo potiguar.

“A moderna farmácia hospitalar é aquela que, além das tradicionais funções administrativas, econômicas e técnicas, é capaz de agregar atividades relacionadas à farmacoeconomia e terapia baseada em evidências, que resultem na melhoria da qualidade da assistência prestada ao paciente”

Inserida neste contexto, a farmácia também será contemplada, tanto nos aspectos físicos, como estruturais, funcionais e, também, no que se refere a pessoal. Já está em fase de conclusão o prédio destinado à Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF),

com uma área de 300m². O Serviço da farmacotécnica está sendo reestruturado, sendo a principal mudança a adaptação de uma área, onde serão centralizados os procedimentos referentes à diluição de antineoplásicos, preparação de soluções para nutrição parenteral e de outras misturas intravenosas.

O serviço de dispensação farmacêutica também passará por reformas, com as quais pretendemos dotá-lo das condições necessárias à prática dos modernos procedimentos de dispensação de medicamentos e de correlatos. Recentemente, foi feita uma seleção, através de uma fundação ligada à nossa Universidade, visando a preencher vagas existentes nos diversos setores do hospital. A Farmácia está sendo contemplada com seis funcionários, o que resolverá o nosso problema de carência de pessoal auxiliar. Quem sabe se, ao cabo de todas essas melhorias, poderemos voltar a sonhar com estágios e até mesmo com cursos de especialização.

PHARMACIA BRASILEIRA - Como o senhor avalia a farmácia hospitalar brasileira, nos últimos dez anos?

Tarcísio Palhano - Ela melhorou, e muito. Só para você ter uma

idéia, em 1990, foi realizado, no Rio de Janeiro, o “I Congresso Brasileiro de Farmácia Hospitalar”. Dois anos depois, também no Rio de Janeiro, ocorreu o segundo. Observe que estes dois congressos aconteceram, antes da criação da Sociedade Brasileira de Farmácia Hospitalar (Sbrafh), que data de 1995.

A criação da Sbrafh constituiu um marco na história da farmácia hospitalar brasileira. Dentre as suas mais importantes realizações, gostaria de destacar os três Congressos Nacionais de Farmácia Hospitalar, todos com participação de expressiva parcela de farmacêuticos de todo País, o “I Encontro de Professores da disciplina Farmácia Hospitalar”, e a elaboração do manual “Padrões Mínimos para Farmácia Hospitalar”. Recentemente, realizou-se, em São Paulo, o “I Congresso Brasileiro de Medicamentos em Dose Unitária”. Creio que estes fatos, por si só, dão uma idéia do quanto tem evoluído a farmácia hospitalar, nos últimos anos. As perspectivas apontam para um futuro ainda mais promissor.

PHARMACIA BRASILEIRA - O senhor acredita que a mentalidade dos proprietários e administradores hospitalares, em geral, está evoluindo para a aceitação plena da verdade, segundo a qual hospital algum pode funcionar, com sucesso, sem uma farmácia verdadeiramente boa e sem os seus farmacêuticos?

Tarcísio Palhano - Não tenho dúvida de que sim. Embora se trate de um processo gradual e que, portanto, demandará algum tempo, a evolução é incontestável. Não são raros os casos, não só de hospitais, mas também de clínicas privadas, que estão incorporando o farmacêutico a seus quadros funcionais. E o que é ainda mais animador é que essa decisão tem sido tomada, cada vez mais, não apenas para dar cumprimento a dispositivos legais, mas se espelha em exemplos de trabalhos muito bem sucedidos, realizados por esses profissionais em outras instituições.

PHARMACIA BRASILEIRA - Fale sobre a farmácia clínica, no Brasil.

Tarcísio Palhano - Desde que iniciamos o trabalho, aqui em Natal, tivemos a preocupação de divulgá-lo o máximo possível, na expectativa de que outros tantos fossem implementados. Seria impossível dizer de quantos eventos as professoras Lúcia e Ivonete e eu já participamos, ao longo de todos esses anos, sempre divulgando a mensagem da farmácia clínica. Eu mesmo só não estive, ainda, nos Estados do Amapá e do Tocantins.

Igualmente impossível seria dizer quantos farmacêuticos brasileiros já participaram de cursos de Farmácia Clínica, pelo mundo afora, especialmente no Chile, desde 1977. Baseado nestas informações, era de se esperar que inúmeros serviços já houvessem sido implantados, por todo o País. No entanto, posso garantir, e o faço com extremo pesar, que as experiências, nesta área, ainda são bastante tímidas.

PHARMACIA BRASILEIRA - Como é a relação entre farmacêuticos e médicos, no HC? O espírito que deve mover a equipe multidisciplinar está presente, aí? E nos demais hospitais do País?

Tarcísio Palhano - Gostaria de começar a responder esta pergunta, comentando um pouco sobre o organograma do nosso hospital. No início, a farmácia era uma *seção*, subordinada à Diretoria Técnica. Daí, a farmácia clínica ter sido estruturada como um *setor*. Com o passar dos anos, a farmácia foi galgando posições na hierarquia da instituição, até chegar, em 1996, à condição de Diretoria, atingindo, assim, o mesmo nível de subordinação hierárquica das demais diretorias. Em decorrência disso, a farmácia clínica ascendeu ao nível de Divisão.

Não estou querendo dizer, com isso, que a simples posição ocupada no organograma garante, por si só, que o espírito de equipe esteja presente. Porém, facilita, sobretudo, tendo em vista que, além de possibilitar o estabelecimento de um diálogo permanente entre os profissionais de todas as categorias, favorece a tomada de decisões.

Mesmo assim, não posso falar em unanimidade, até porque, em qualquer parte do mundo e em qualquer tipo de atividade, sempre vão existir

os céticos, os indiferentes, os auto-suficientes, e, até mesmo, os tímidos, que, por razões óbvias, têm dificuldade para o trabalho em equipe.

Considero, no entanto, que o nosso ambiente é o melhor possível, pois o espaço (re)conquistado por nós na equipe multiprofissional de saúde foi pautado, desde o início, pelo respeito, pela responsabilidade, pela perseverança, e, porque não dizer, pela qualidade dos serviços prestados, que só a competência possibilita alcançar. Quanto aos demais hospitais do País, apesar de saber da existência de bons trabalhos, considero temerário fazer uma avaliação global.

PHARMACIA BRASILEIRA - O que é uma moderna farmácia hospitalar?

Tarcísio Palhano - É aquela que, além das tradicionais funções administrativas, econômicas e técnicas, é capaz de agregar atividades relacionadas à farmacoeconomia, farmacoeconomia e terapia baseada em evidências, que resultem na melhoria da qualidade da assistência prestada ao paciente.

Medicamento certo, na dose certa, na hora certa, para o paciente certo

O sistema de distribuição de medicamentos em dose unitária atrai, cada vez mais, o interesse do farmacêutico hospitalar brasileiro

Ela não é nova, no Brasil, mas muitos farmacêuticos hospitalares ainda não a conhecem, com intimidade. Também, não é nenhuma panacéia que cura todos os males do hospital doente, como pensam alguns. Mas pode salvá-lo, inclusive do velho – e repetitivo – mal dos prejuízos astronômicos com medicamentos. Mais: torna a terapêutica muito mais eficiente, além de servir de plataforma para a instituição de uma ampla política de atenção farmacêutica, no estabelecimento. Luzes para a **dose unitária**.

Ela foi a estrela única de um importante evento farmacêutico, o “I Congresso Brasileiro de Medicamentos em Dose Unitária”, realizado, em São Paulo, de 16 a 18 de agosto de 2001.

O Congresso, que atraiu mais de 800 participantes, é um revelador inequívoco do tamanho interesse do farmacêutico brasileiro pelo assunto. Idealizado e organizado pelo farmacêutico George Washington Bezerra da Cunha, com o apoio do Conselho Federal de Farmácia (CFF), o evento trouxe recomendações objetivas e factíveis, para



George Washington

reforçar o sistema de dose unitária, nos hospitais brasileiros.

Duas dessas recomendações são de que os hospitais aproximem-se da indústria farmacêutica para uma parceria especial na produção e fracionamento de medicamentos em embalagens unitarizadas, e a criação do Instituto Ibero-brasileiro de Medicamentos em Dose Unitária, com a finalidade de assessorar indústrias, hospitais, farmácias e profissionais envolvidos com fármacos.

A PHARMACIA BRASILEIRA entrevistou o farmacêutico coordenador do “Congresso de Dose Unitária”. O cearense George Washington é um dos pioneiros em dose unitária, no Brasil, e um dos seus maiores estudiosos. Desde 1975, ele dirige o Serviço de Farmácia do InCor (Instituto do Coração) do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo, onde vivencia a utilização do

PHARMACIA BRASILEIRA - No segmento dose unitária, que rumos foram apontados pelo “I Congresso Brasileiro de Medicamentos em Dose Unitária”?

George Washington - O nosso Congresso, que contou com a presença de mais de 800 participantes de vários países do mundo ibero-latino-americano, consubstanciou a sua missão no seguinte tripé:

- Estímulo aos profissionais de saúde na troca de experiências dentro da racionalização da farmacoterapia e na otimização do acesso ao medicamento.

- Convite à indústria farmacêutica para uma parceria especial na produção e fracionamento de medicamentos em embalagens unitarizadas.

- Criação, no País, do Instituto Ibero-brasileiro de Medicamentos em Dose Unitária, com a finalidade de assessorar indústrias, hospitais, farmácias e profissionais envolvidos com fármacos.

PHARMACIA BRASILEIRA - Quais as vantagens da adoção da dose unitária pelo hospital, dos pontos de

vista da saúde do usuário do medicamento, da agilidade da atividade do farmacêutico e demais integrantes da equipe de saúde, e também financeiro?

George Washington - O Sistema de Distribuição de Medicamentos em Dose Unitária (SDMDU) pode ser comparado ao Bom-Bril, um produto com 1001 utilidades. Entre as utilidades da

“Ele (o Ministério da Saúde) já está analisando a possibilidade de estimular a indústria farmacêutica a produzir medicamentos em dose unitária, com todas as informações (nome genérico, nome comercial, lote, prazo de validade e código de barra) que irão agilizar, em muito, a gestão farmacêutica, que, hoje, pratica o retrabalho, de forma artesanal e manualizada, na distribuição de medicamentos e produtos afins”

dose unitária, estão as seguintes:

1. elimina desperdício, desvios e cobranças indevidas na conta do paciente;
2. garante ao médico que o seu paciente vai receber o remédio certo, na hora certa, com a prescrição certa;
3. libera o pessoal de Enfermagem das tarefas residuais de preparar, diluir e fracionar, acondicionar e reembalar medicamentos;
4. proporciona ao farmacêutico uma interação efetiva no acompanhamento da medicação e melhor gerenciamento na previsão/provisão do arsenal terapêutico;

sistema de dose unitária. Farmacêutico-bioquímico pela Universidade Federal do Ceará com especialização em Farmacologia e Farmácia Clínica pela *Long Beach Memorial Hospital*, na Califórnia (Estados Unidos), George chefiou a Farmácia Privativa do Hospital Albert Einstein, foi consultor farmacêutico da Organização Pan-americana de Saúde (Opas)/OMS para a América do Sul e presidiu a Central de Medicamentos (Ceme), do Ministério da Saúde, já extinta.

Homem de atividade intelectual ativa, escreveu vários livros conhecidos no meio farmacêutico, como “O Perigo das Interações de Drogas Injetáveis em Soluções Parenterais – Soros”, “Guia Farmacoterapêutico Cardiovascular”, entre outras publicações. A entrevista é centrada no tema dose unitária. **Veja o que diz George Washington.**



Computador é ferramenta importante na farmácia hospitalar

5. estabelece parâmetros administrativos de entrada e saída, tempo de aquisição, incidência de prescrição e outros indicadores da boa gestão de estoques.

PHARMACIA BRASILEIRA - Apesar dos proveitos, por que o sistema de dose unitária ainda não é utilizado largamente pelos hospitais? Que estabelecimentos mais se utilizam desse sistema: os públicos ou privados? Que percentual da rede hospitalar brasileira implantou a dose unitária?

George Washington - Esta pergunta deveria ser dirigida à Sociedade Brasileira de Farmácia Hospitalar (Sbrafh). Considero-me um pouco desinformado sobre o assunto de quantitativos. No InCor, a Dose Unitária está funcionando, há 20 anos, e tornou-se atração turística dos profissionais de saúde que visitam o complexo Hospital das Clínicas.

Acredito que ela seja válida, em qualquer tipo de hospital, público ou privado. Em termos de números, não

possuímos indicadores oficiais, mas existe uma grande quantidade de hospitais que já a possui, mais do que a gente imagina.

PHARMACIA BRASILEIRA -

Que avaliação o senhor faz do nível de conhecimento do farmacêutico brasileiro sobre a dose unitária? O profissional está qualificado para implantar e atuar no sistema?

George Washington - O farmacêutico brasileiro, além de auto-didata contumaz, é um garimpador nato de tecnologias e procedimentos avançados praticados em outros países.

Todavia, da teoria à prática, existe uma distância abissal. A capacitação pressupõe cursos de aprimoramento, visitas e estágios em centros mais adiantados. É preciso mais suor do que papo. Menos “achologia” e mais evidências. O nosso Congresso funcionou como um facilitador destas transações culturais, que fazem da informação a chave, do compromisso a fechadura, da comunicação a porta de acesso ao País, cuja moeda de troca é a qualidade.

“A relação farmacêutico-enfermeiro é o segredo do sucesso profissional na restituição da saúde e do bem-estar. No caso específico da dose unitária, o preparador e o ministrante são componentes estratégicos na qualidade do atendimento e nos resultados terapêuticos”

PHARMACIA BRASILEIRA - Existem dificuldades de comunicação que emperrem a divulgação do sistema de dose unitária, dentro dos hospitais brasileiros?

George Washington - As dificuldades existentes estão limitadas à vontade de querer fazer ou tentar realizar o melhor, para aquele que continua sendo a razão de ser do nosso trabalho: o paciente. Para ele e por ele, fazemos qualquer negócio.

PHARMACIA BRASILEIRA -

O Ministério da Saúde tem estimulando a adoção da dose unitária?

George Washington - O Ministério da Saúde, através da Anvisa, na pessoa do seu presidente, um ex-colega de turma na Fundação Getúlio Vargas, o Dr. Gonzalo Vecina Neto, tem o maior interesse na viabilização do assunto dose unitária na área

hospitalar. Ele já está analisando a possibilidade de estimular a indústria farmacêutica a produzir medicamentos em dose unitária, com todas as informações (nome genérico, nome comercial, lote, prazo de validade e código de barra) que irão agilizar, em muito, a gestão farmacêutica, que, hoje, pratica o retrabalho, de forma artesanal e manualizada, na distribuição de medicamentos e produtos afins.

PHARMACIA BRASILEIRA -

A dose unitária pode ser entendida também como uma base sobre a qual

vários serviços farmacêuticos, a exemplo da atenção farmacêutica, podem ser adotados?

George Washington -

A dose unitária é conceituada como uma quantidade ordenada de medicamentos, com formas e dosagens prontas para serem administradas a um paciente, de acordo com a prescrição médica, por um período determinado de tempo (24 horas é o usual). Ela é considerada o meio e o fim na prática da assistência farmacêutica. Em termos farmacoe-

conômicos, alguns administradores comparam-na como uma verdadeira simbiose entre profissionais (médico, enfermeiro e farmacêutico) e clientes (paciente, acompanhante e familiar).

PHARMACIA BRASILEIRA -

Que estratégias um hospital deve aplicar, para instituir o seu sistema de dose unitária? Ele pode ser inviável a um algum tipo de hospital?

George Washington - Como estratégia de implantação, o hospital poderia criar um grupo de trabalho multiprofissional, contratar um consultor farmacêutico com experiência comprovada, visitar farmácias hospitalares com sistema de dose unitária, fazer um diagnóstico da situação atual da distribuição de medicamentos, definir um projeto adequado aos objetivos do hospital, elaborar um planejamento estratégico de ação.

PHARMACIA BRASILEIRA - O

que há de mitos e verdades na dose unitária?

George Washington - Na dose unitária, como em qualquer outra atividade da área hospitalar, existem algumas verdades que nunca é demais se repetir. A primeira é que só se faz dose unitária, investindo pesado em treinamento de pessoal e conscientização de funcionários e executivos. A segunda é que, sem uma equipe de farmacêuticos (no mínimo dois) treinados, não existe dose unitária, mas um simples quebra-galho. A terceira é o quanto ela pode economizar. Uns falam em 50% e outros 30%. Na verdade, o sistema é muito mais de garantia da qualidade e de racionalização da terapêutica, do que de valores econômicos. Segurança não tem preço.

Falando de mitos, poderíamos lembrar que alguns donos de hospitais ainda pensam que podem implantar a dose unitária, sem farmacêuticos especializados. Além da dispensação ser uma atribuição privativa nossa, outros profissionais não estão habilitados, o que pode configurar exercício ilegal da profissão farmacêutica. Que os Conselhos Regionais de Farmácia fiquem em estado de alerta, para estas aberrações que costumam acontecer no nosso espectro de ação. A farmácia é do farmacêutico e sem ele não há remédio e muito menos a distribuição individualizada de medicamentos.

PHARMACIA BRASILEIRA -

O senhor, em parceria com a professora doutora Isabel Cristina Kowal Olm Cunha, do Departamento de Enfermagem da Escola Paulista de Medicina da Unifesp e diretora da Escola de Enfermagem da Universidade de Santo Amaro, apresentou, no ano passado, no “I Congresso Mundial de Medicamentos em Doses Unitárias”, em Alicante, na Espanha, um trabalho sobre a interação entre enfermeiro e o farmacêutico, na distribuição de medicamentos por dose unitária. O trabalho ajudou a desfazer a opinião dos europeus, de que, no Brasil, pouca gente estava estudando, com profundidade e tanto acerto, o sistema. Per-

gunto ao senhor: como é a relação entre farmacêutico e enfermeiro, no Brasil, no que diz respeito à dose unitária?

George Washington - A conferência que fizemos, em Alicante, teve como título “A interação enfermeiro-farmacêutico na qualidade da dose unitária”. Apresentada, originalmente, em espanhol, ela foi considerada a palestra mais original do Congresso. Ficamos felizes, porque, graças a ela, o Brasil foi escolhido como sede do II Congresso Mundial, realizado em São Paulo, de 16 a 18 de agosto.

A relação farmacêutico-enfermeiro é o segredo do sucesso profissional na restituição da saúde e do bem-estar. No caso específico da dose unitária, o preparador e o ministrante são componentes estratégicos na qualidade do atendimento e nos re-

sultados terapêuticos. O enfermeiro talvez seja, hoje, o profissional de saúde mais completo, no que se refere ao esquema holístico de tratamento. Com o farmacêutico, ele forma uma dose dupla de eficácia e eficiência, com objetivos comuns no cuidar e no dispensar.

PHARMACIA BRASILEIRA - Que países mais adotam o sistema de dose unitária? Onde ele adquiriu melhor nível de evolução? Como se coloca o Brasil, diante dos demais países?

George Washington - Os Estados Unidos e a Espanha são líderes e estão alguns anos mais avançados do que nós, mas, um dia, chegaremos, lá, podem ter certeza. Na América do Sul, o Chile e o Brasil detêm a hegemonia na atenção farmacêutica clínica. Outros países vizinhos ao nosso estão

muito interessados na dose unitária. Não temos indicadores que forneçam um *ranking* da posição em que está situado o Brasil.

PHARMACIA BRASILEIRA - Da dose unitária, deve-se evoluir para que outro sistema?

George Washington - Uma grande farmacêutica, a doutora Sônia Cipriano, com quem tive o privilégio de trabalhar, por mais de 20 anos, no In-Cor, parafraseando um sábio antigo, costumava dizer que “não há nada permanente, exceto a mudança”. A distribuição de medicamentos, nestes 50 anos, passou, inicialmente, pela forma coletiva, a individualizada, a forma mista, chegando até a dose unitária. Já existe a distribuição eletrônica e a robótica será a próxima atração. Quem viver, verá.

ENTREVISTA / MAURO DE CASTRO



Mauro de Castro

Sbrafh: uma análise brasileira

Que dificuldades enfrenta o farmacêutico hospitalar brasileiro para desenvolver o seu trabalho? Quais os velhos erros cometidos, ainda hoje, por diretores de hospitais, resultando em prejuízos astronômicos para a saúde do paciente e do próprio estabelecimento e o que o setor precisa para chegar ao nível da farmácia hospitalar dos países referência? Essas e outras perguntas são respondidas pelo presidente da Sociedade Brasileira de Farmácia Hospitalar, Mauro Silveira de Castro.

Tudo o que se tem falado (e provado) sobre a poderosa ação do farmacêutico hospitalar conseguiu sensibilizar alguns proprietários e diretores de hospitais? A revista PHARMACIA BRASILEIRA entrevistou o presidente da Sbrafh (Sociedade Brasileira de Farmácia Hospitalar), Mauro Silveira de Castro, para traçar, a partir de suas palavras, uma radiografia do setor.

Professor de Farmácia Hospitalar da Faculdade de Farmácia da UFRGS (Universidade Federal do Rio Grande do Sul), assessor de Farmácia Hospitalar e Clínica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Mauro de Castro diz que alguns estabelecimentos perduram em erros primários e clássicos, como o da omissão de distribuição de medicamentos, a dispensação de dose inadequada ou extra, o fracionamento impróprio, a troca do medicamento

ou da forma farmacêutica, manutenção do medicamento vencido ou com problemas de qualidade, produto fornecido sem prescrição e interpretação inadequada da prescrição.

Mas não se pode prevenir contra esse rosário de descabros, apenas com a contratação de um ou mais farmacêuticos, alerta o presidente da Sbrafh. Além das ações profissionais, é essencial montar a infra-estrutura necessária ao desenvolvimento das atividades da farmácia hospitalar, gerar processos de qualidade e controlar resultados. Faltam ainda outros itens para completar a receita de uma boa farmácia hospitalar, os quais Mauro de Castro detalha na conversa com a PHARMACIA BRASILEIRA. Ele pondera, entretanto, que há uma evolução considerável no setor. **Veja a entrevista.**



Ambiente de farmácia hospitalar

PHARMACIA BRASILEIRA -

Os hospitais brasileiros estão mais convencidos da necessidade de contratar farmacêuticos? Como agem hospitais públicos, privados e militares, nesse sentido?

Mauro de Castro - Por suas condições continentais, o Brasil possui distinções entre suas regiões e mesmo entre as micro-regiões de um Estado da Federação. Portanto, possuímos distintas realidades. Em regiões altamente desenvolvidas e com a presença de faculdades de Farmácia ou cursos de Farmácia, existe uma maior conscientização da necessidade da atuação do farmacêutico na farmácia hospitalar.

Esta evolução chega a refletir no número de farmacêuticos contratados. Verificamos que, em muitos hospitais, não existe a contratação de um só profissional, mas de um número suficiente para as atividades desenvolvidas, tanto em nível público, como privado. De certa forma, começa a existir a especialização da Farmácia, em nível hospitalar. Mas, em outros casos, temos a não contratação de profissionais farmacêuticos, mediante a alegação de que o hospital não possui farmácia, mas, sim, um dispensário de medicamentos, devido ao baixo número de leitos hospitalares. Não levam em consideração o que o profissional pode trazer de benefício para a instituição.

PHARMACIA BRASILEIRA -

Muitos hospitais são pródigos em desperdiçar dinheiro com erros graves e corriqueiros, como compras mal feitas de medicamentos e dis-

pensações extravagantes, com mais de um medicamento de ação similar etc. Quais são os principais erros cometidos por farmácias hospitalares?

Mauro de Castro - No final do ano de 1999, o *Institute of Medicine*, dos Estados Unidos, publicou um livro denomina-

do “*To err is human: building a safer health system*”, que, de certa forma, conta o que todos já deveriam saber: por nossa condição humana, erramos e devemos buscar realizar nossas tarefas assistenciais, considerando esse fator. A não consideração do fator humano leva ao aparecimento de erros, durante o processo de medicação de um paciente.

Existe um elenco de situações que leva ao erro de medicação, bem como algumas tipologias que classificam estes erros. Como exemplo, alguns dos erros apontados nestas tipologias, no que se refere à farmácia, são: a omissão de distribuição de medicamentos, a dispensação de dose inadequada ou de dose extra, o fracionamento inadequado de medicamentos, a troca do medicamento ou da forma farmacêutica, medicamento vencido ou com problemas de qualidade, medicamento fornecido sem prescrição e interpretação inadequada da prescrição.

Some-se a isto a questão dos erros neste processos, referentes às características intrínsecas ao medicamento (como a rotulagem), à prescrição e à administração de medicamentos. O universo de possibilidades é grande.

PHARMACIA BRASILEIRA -

Essas situações dificilmente ocorreriam, se a farmácia daquele hospital estivesse em mãos de um farmacêutico, não é? Será que os hospitais não estão devidamente informados sobre as vantagens do serviço farmacêutico? Fale sobre essas vantagens, que fazem com que

o farmacêutico seja um profissional indispensável à farmácia hospitalar.

Mauro de Castro - A prevenção destes eventos pode ser iniciada com uma farmácia hospitalar adequada, mas não basta apenas contratar o farmacêutico. O essencial é montar a infra-estrutura necessária ao desenvolvimento das atividades da farmácia hospitalar, desenvolver processos de qualidade e controlar resultados, sempre levando em consideração o fator humano citado acima. Além disso, deve-se qualificar os sistemas de atenção à saúde hospitalares com um bom processo de acreditação hospitalar. Devemos partir para o desenvolvimento de um processo que determine quais os parâmetros mínimos de qualidade para que um serviço de farmácia hospitalar venha a ser acreditado e, desta forma, prestar uma assistência farmacêutica de qualidade.

PHARMACIA BRASILEIRA -

Está mudando aquela visão atrasada e comprometedora de certos diretores de hospitais, de que a farmácia deve funcionar no porão úmido e mofento, com paredes rachadas, iluminação e temperatura inadequadas? Essa visão não é, por si só, um atestado de pouca importância dada à farmácia? Onde fica o farmacêutico, nessa história?

Mauro de Castro - Veja, como não temos uma legislação específica da farmácia hospitalar, onde se estabeleça o mínimo de condições para a sua implantação e funcionamento, culturalmente, então, existe a idéia de que a farmácia pode estar em qualquer lugar. Ela pode até funcionar em um porão, mas vai depender de como são as condições deste, como é sua ligação com o exterior e interior e assim por diante.

Acredito que somente com uma legislação forte, neste sentido, bem como uma maior orientação nos cursos de Administração Hospitalar sobre o que é realmente a farmácia hospitalar, é que conseguiremos reverter esta situação. Por outro lado, temos já a reestruturação de muitas

farmácias hospitalares que estão começando a demonstrar que, caso a administração dê a atenção merecida ao problema e dependendo do poder de convencimento do farmacêutico, muito se pode fazer para resolver estes problemas.

PHARMACIA BRASILEIRA - Existem padrões de acreditação para farmácias

hospitalares, no Brasil? Um programa de padronização é importante?

Mauro de Castro - Atualmente, existe uma proposta de acreditação para hospitais, em geral, que foi, primeiramente, veiculada pelo Ministério da Saúde e que, depois, foi adaptada pela Organização Nacional de Acreditação, a organização não-governamental responsável pela acreditação, no Brasil. Ainda não temos desenvolvido um padrão de acreditação específico para farmácia hospitalar, no País, como o existente no mundo. A Sbrafh possui uma indicação de padrões mínimos para a farmácia hospitalar. Esta é uma das metas de nossa entidade: reformular os padrões mínimos para tentar chegar a um acordo sobre quais os elementos que devem ser avaliados para que uma farmácia hospitalar venha a ser acreditada.

PHARMACIA BRASILEIRA - Que avaliação o senhor faz da qualificação do farmacêutico hospitalar brasileiro, tanto na graduação, como depois?

Mauro de Castro - As universidades brasileiras, em sua maioria, ainda possuem uma maneira de formação profissional muito voltada às práticas de ensino que não ajudam a desenvolver as práticas profissionais. Existe necessidade de mudar o projeto pedagógico para o ensino da Farmácia Hospitalar, junto com a discussão de qual o perfil de profissional que se quer para o Sistema Único de Saúde. Com a junção des-

“Devemos partir para o desenvolvimento de um processo que determine quais os parâmetros mínimos de qualidade para que um serviço de farmácia hospitalar venha a ser acreditado e, desta forma, prestar uma assistência farmacêutica de qualidade”

onde vai realizar sua Residência em Farmácia Hospitalar.

Somente depois de quatro anos de Residência é que pode exercer esta especialidade. Portanto, o ensino da Farmácia Hospitalar, no Brasil, está no início de um caminho, já existindo cursos que estão inovando, em termos de graduação, e existem outros que estão realizando o mesmo, em nível de pós-graduação. Temos, pela frente, um longo caminho para otimizar, cada vez mais, nossas atividades e construir juntos, universidades, organismos públicos e nossas entidades de classe, um modelo brasileiro de farmácia hospitalar.

PHARMACIA BRASILEIRA - A Sbrafh sabe qual é a opinião consensual dos professores de Farmácia Hospitalar sobre o ensino desse segmento farmacêutico, no País. Que opinião é essa e como o senhor, que também é professor da disciplina, comenta o ensino de Farmácia Hospitalar?

Mauro de Castro

- A Sbrafh promoveu, há poucos anos, um encontro de professores de Farmácia Hospitalar. Nesse encontro, ficou ressaltada nossa preocupação com a nova Lei de Dire-

tes fatores, pode-se partir para uma melhor otimização da farmácia hospitalar. Por exemplo, hoje em dia, na Espanha, depois de uma longa caminhada profissional, para chegar a ser farmacêutico hospitalar, o profissional, depois de concluído o seu curso de Farmácia, presta um concurso nacional, em

que escolhe o local

onde vai realizar sua Residência em Farmácia Hospitalar. Somente depois de quatro anos de Residência é que pode exercer esta especialidade. Portanto, o ensino da Farmácia Hospitalar, no Brasil, está no início de um caminho, já existindo cursos que estão inovando, em termos de graduação, e existem outros que estão realizando o mesmo, em nível de pós-graduação. Temos, pela frente, um longo caminho para otimizar, cada vez mais, nossas atividades e construir juntos, universidades, organismos públicos e nossas entidades de classe, um modelo brasileiro de farmácia hospitalar.

PHARMACIA BRASILEIRA - Falemos um pouco de infecção hospitalar. Como está o seu controle? As equipes de controle estão devidamente formadas e atuando, plenamente?

Mauro de Castro - Não se pode falar de controle de infecção, em nível nacional, mas, sim, em nível institucional. Existem muitas instituições hospitalares que estão empenhadas em exercer este controle. Outras, continuam mantendo no papel as atuações das equipes de controle. Verificando o número de pessoas que participam dos congressos nacionais sobre o tema,

pelo número de entidades existentes na área, bem como o nível dos trabalhos apresentados em congressos, existe, sim, uma massa crítica atuante, no Brasil, e de alta qualificação.

Mas, muitas vezes, estes profissionais encontram barreiras em sua atuação, principalmente, devido ao estigma de que “querem controlar” e não no entendimento de que a atividade de controle é para apresentar indicadores de qualidade

para melhorar substancialmente a atividade assistencial hospitalar.

PHARMACIA BRASILEIRA - O uso irracional de antimicrobianos ainda é muito alto, dentro dos hos-

“Atualmente, existe uma proposta de acreditação para hospitais, em geral, que foi, primeiramente, veiculada pelo Ministério da Saúde e que, depois, foi adaptada pela Organização Nacional de Acreditação. Ainda não temos desenvolvido um padrão de acreditação específico para farmácia hospitalar, no País, como o existente no mundo”

pitais, contribuindo para o aumento da infecção no ambiente hospitalar. Como os farmacêuticos devem agir, para plantar a consciência do uso racional de antimicrobianos junto aos prescritores? E qual o nível de consciência dos farmacêuticos sobre esse seu papel?

Mauro de Castro - Os profissionais farmacêuticos que trabalham em Comissões de Controle de Infecção ou em de Farmácia e Terapêutica possuem uma conscientização plena sobre esta situação, atuando, sempre, na busca de melhores padrões de uso. O que poderíamos realizar é uma melhora das técnicas de atuação, por meio de atividades ligadas à farmacoepidemiologia, como, por exemplo, os estudos de utilização de medicamentos, os quais forneceriam dados essenciais para modificar esta situação.

PHARMACIA BRASILEIRA - Faltam protocolos hospitalares estabelecendo quais devem ser os antimicrobianos utilizados, dentro do estabelecimento, para determinadas doenças. Que importância têm esses protocolos?

Mauro de Castro - A importância dos protocolos não se resume apenas a esta questão, mas está implicada em toda a gama de atividades assistenciais prestada em hospitais. Por meio deles, pode-se estabelecer padrões racionais de utilização de medicamentos para o manejo de diversas situações clínicas. Também, serve como elemento de formação continuada e deve ser fundamentado numa abordagem voltada para as evidências clínicas, disponibilizando, desta forma, informação atualizada e abalizada.

PHARMACIA BRASILEIRA - Que propostas e programas a Sbrafh vem desenvolvendo para melhorar o nível da assistência farmacêutica, nos hospitais?

Mauro de Castro - Em primeiro lugar, queremos estruturar melhor nossa entidade. Para tanto, estaremos implantando, brevemente, uma

sede fixa da Sociedade. Isto está se tornando possível, graças a um acordo de cooperação que está sendo firmado entre o Conselho Regional de Farmácia de São Paulo e a Sbrafh. Com uma sede fixa, que nos possibilita montar uma estrutura administrativa ágil, poderemos melhor atuar.

O outro grande projeto trata do diagnóstico da farmácia hospitalar, no Brasil. Não possuímos dados suficientes para o estabelecimento de uma estratégia, em nível nacional para o desenvolvimento desta área. Com a parceria com a Organização Pan-americana da Saúde (Opas), a qual, por seu caráter não segmentário, coordena o projeto, com o Conselho Federal de Farmácia e com o Núcleo de Atenção Farmacêutica da Fundação Oswaldo Cruz, apresentamos o projeto ao Ministério da Saúde e à Anvisa, tendo o mesmo sido aprovado. Estamos em fase de adequação do projeto aos recursos disponíveis, visto o alto custo do mesmo. Com a análise dos dados, poderemos realizar o planejamento do desenvolvimento do setor, no Brasil.

Um dos grandes desenvolvimentos da Farmácia mundial diz respeito à adoção do paradigma da atenção farmacêutica, o qual deve ser um consenso por cada país. A Opas estabeleceu, como uma de suas metas, realizar um pré-consenso, para ser encaminhado à Conferência Nacional de Atenção Farmacêutica, conforme acima citado. Estamos nessa parceria, conjuntamente com a Secretaria da Saúde de Fortaleza (CE), a Gerência de Assistência Farmacêutica do Ministério da Saúde, o CFF e a Fenafar. Somente com a

“As universidades brasileiras, em sua maioria, ainda possuem uma maneira de formação profissional muito voltada às práticas de ensino que não ajudam a desenvolver as práticas profissionais. Existe necessidade de mudar o projeto pedagógico para o ensino da Farmácia Hospitalar, junto com a discussão de qual o perfil de profissional que se quer para o Sistema Único de Saúde”

realização deste consenso, poderemos iniciar uma maior divulgação deste novo modelo de prática profissional e a correspondente identificação das estratégias passíveis de serem utilizadas para sua implantação.

Também, vamos desenvolver com a Unidade de Farmacovigilância da Anvisa a “Oficina sobre o Uso Seguro e Vigilância de Medicamentos em Hospitais”, neste mês de setembro. Pretende-

se, com a mesma, dar início ao estabelecimento de um programa para identificar e desenvolver medidas de prevenção sobre o uso inseguro de medicamentos, incluindo os erros de medicação. Com isto, estaríamos dando os primeiros passos para a concretização da farmacovigilância, em nível hospitalar.

Outro programa que estamos desenvolvendo, em conjunto com a Secretaria de Assistência à Saúde é o de implantação de um projeto piloto de Curso de Especialização em Farmácia Hospitalar. Com ele, daríamos o pontapé inicial para uma nova fase de programas de especialização em Farmácia Hospitalar.

Gostaríamos de aproveitar a oportunidade e solicitar a todos os associados que preenchessem o formulário que se encontra encartado na presente edição e nos fornecessem novamente os seus dados, pois muitos têm reclamado de que seus dados estão incorretos. Portanto, esta contribuição seria valiosa, para que conseguíssemos mantê-los informados dos novos acontecimentos e dos resultados de nossos projetos acima expostos. Brevemente, estaremos remodelando nosso *site*, na Internet.

O avançado estágio da especialização

A farmácia do Hospital Erasto Gaertner, em Curitiba (PR), atinge um avançado nível de especialização em oncologia

O universo da farmácia hospitalar, no Brasil, é mesmo muito díspar. Se alguns hospitais afundam-se nos erros repetitivos de não desenvolver políticas e protocolos modernos para as suas farmácias e de não contratar farmacêuticos em número necessário e com a devida especialização, há outros que vicejam progressos notáveis nesse setor. Um exemplo é o Hospital Erasto Gaertner, em Curitiba (PR). A sua farmácia encontra-se no avançadíssimo nível da especialização, no caso, a oncologia.

Chegar a esse estágio de alta especialização e complexidade requer conhecimento técnico-científico e muita experiência. Mas como obter isso, em um país que ainda não oferece tal qualificação em nível acadêmico? A revista PHARMACIA BRASILEIRA entrevistou a farmacêutica Vânia Mari Salvi Andrzejewski, diretora da farmácia do Erasto Gaertner, para obter dela a resposta a esta e a outras perguntas.

Farmacêutica industrial, formada, em 1987, pela Universidade Federal do Paraná, Vânia, ao entrar para a farmácia do Erasto Gaertner, teve que fazer, primeiramente, um verdadeiro trabalho de desbravamento, tanto junto à diretoria do estabelecimento, quanto a outros profissionais de saúde, inclusive, para a auto-afirmação farmacêutica e reconhecimento do profissional, ali dentro.

Não foi fácil, mas os resultados foram surgindo e, melhor que palavras, eles provaram aquilo de que é capaz o farmacêutico e o quanto um hospital não pode prescindir deste profissional dentro de sua equipe. Vânia é especialista em Engenharia da Qualidade, farmacêutica clínica pela Universidade do Chile, especializando em Gestão de Pessoas pela UFPR, ex-vice-presidente da Sbrafh - Sociedade Brasileira de Farmácia Hospitalar -, avaliadora da ONA - Organização Nacional de Acreditação - e do IPASS -

PHARMACIA BRASILEIRA - O Hospital Erasto Gaertner possui uma farmácia oncológica. O que o farmacêutico deve fazer, para chegar a esse nível de tão alta especialização e complexidade, que requer conhecimentos técnico-científicos de ponta e tão específica oferta de formação nessa área?

Vânia Mari Salvi - No segundo semestre de 1990, o Hospital precisou contratar um farmacêutico, para atender o requisito da Portaria número 196/83, do Ministério da Saúde, que exigia a presença do farmacêutico como

membro das comissões de controle de infecção hospitalar. Nesta ocasião, os diretores do Hospital não tinham noção de quais eram, exatamente, as responsabilidades do farmacêutico e qual a importância de sua integração na equipe multidisciplinar de assistência à saúde. Não sabiam quais eram os conhecimentos e a capacitação do farmacêutico e que atividades poderiam e deveriam desempenhar.

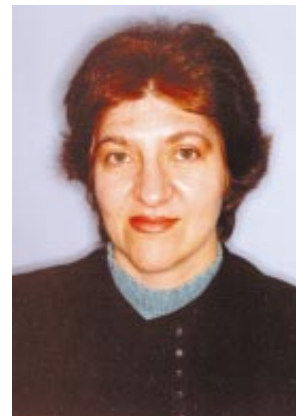
Iniciei minhas atividades, em novembro de 1990, com contrato de seis horas/dia e, a princípio, para executar somente as atividades relacionadas ao

Instituto Paranaense de Acreditação em Serviços de Saúde; diretora da Sobrafo (Sociedade Brasileira de Farmacêuticos em Oncologia), entidade recém-criada.

Com o patrimônio de conhecimentos específicos que adquiriu, em várias áreas, a farmacêutica, que também é conselheira regional de Farmácia pelo Paraná, foi ajudando a trançar o fio dessa que, hoje, é considerada uma referência nacional em farmácia hospitalar, no País. O Hospital Erasto Gaertner é uma entidade filantrópica e integra a Liga Paranaense de Combate ao Câncer (LPCC). Funciona, desde dezembro de 1972.

De acordo com a Portaria 3.535, de dois de setembro de 1998, do Ministério da Saúde, o estabelecimento foi reconhecido como Centro de Alta Complexidade em Oncologia (Cacon), em nível 2, o único, no Paraná, neste nível. O HEG, com os seus 158 leitos, atende, em média, a 85% de pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS). A especialização atrai para o Erasto Gaertner, diariamente, pacientes procedentes de todas as regiões do Paraná, bem como de Estados vizinhos e até mesmo de Mato Grosso, Minas e Rondônia. Setenta por cento dos pacientes que ali chegam são portadores de tumores malignos e 30% de tumores benignos, entre outras patologias.

No ano passado, o HEG fez uma média de 1.996 atendimentos, por dia. A PHARMACIA BRASILEIRA trouxe ao leitor a oportunidade de conhecer um pouco da realidade e da rotina - de ritmo puxado, diga-se de passagem - da farmácia do Hospital Erasto Gaertner, nas próximas páginas desta conversa com Vânia Mari Salvi. **Veja a entrevista.**



Vânia Mari Salvi

FOTO: ALEXANDRE GAMA

controle de infecção. Nesta época, a farmácia era um local de recebimento e guarda de medicamentos e materiais, chefiada por um profissional de nível secundário, tendo em seu quadro de pessoal mais dois funcionários de nível médio, não dispo de nenhum dos cuidados e controles estabelecidos para a gestão dos produtos farmacêuticos. Em 1995, quando deixei a chefia da farmácia hospitalar, já éramos 19 funcionários e já realizávamos a dispensação individualizada para 24 horas, com cobertura de atendimento para 24 horas, nos 365 dias do ano.

Hoje, a farmácia do Erasto é composta por vários setores (abastecimento, farmacotécnica, dispensação, satélite do centro cirúrgico), com um total de 18 funcionários, sendo dois farmacêuticos, e a CMIV (Central de Misturas Intravenosas), da qual sou a responsável, onde dispomos de mais três farmacêuticos, três auxiliares e um assistente administrativo, além da farmacêutica residente, que fica lotada na própria CMIV. O hospital ainda dispõe de um farmacêutico exclusivo para a CCIH, com carga horária de 20 horas/semanais.

A CMIV só foi inaugurada, em janeiro de 1994, e, desde essa data, é responsável pelo preparo de todas as doses de antineoplásicos, de uso EV (endovenoso), administradas, no hospital, quer seja para pacientes internados ou ambulatoriais.

Em relação aos conhecimentos técnico-científicos relacionados à realidade de oncologia, a descoberta foi um desafio, pois, há 12 anos, quando iniciamos as atividades, nesta área, praticamente não existia material bibliográfico disponível, em língua portuguesa, e esse assunto não era abordado, nas universidades, de uma forma geral (Medicina, Farmácia e Enfermagem). Portanto, existia uma grande carência de conhecimento.

Os médicos dispunham de cursos de especializações, mas o farmacêutico, muitas vezes, desconhecia sobre medicamentos antineoplásicos. As poucas bibliografias disponíveis eram em inglês ou espanhol e não tínhamos a Internet. Todo o conhecimento foi auto-adquirido e houve uma excelente troca de informações entre vários farmacêuticos. Alguns já haviam iniciado um trabalho, neste sentido, no Rio Grande do Sul (Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul), em São Paulo (no Hospital AC Camargo ou em empresas de terceirização de serviços), no Paraná (Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Paraná e no HEG) e no Rio de Janeiro. Na verdade,



As farmacêuticas Juliane Hwang e Maria Lucivânia Silva Lima em uma das etapas de entrevista e orientação farmacêutica realizadas com uma criança e sua mãe

houve um aprendizado em conjunto.

PHARMACIA BRASILEIRA - Falar em formação, que idéia a senhora tem sobre as especializações, em áreas clínicas, a exemplo da oncologia, na farmácia hospitalar brasileira? É ainda muito incipiente?

Vânia Mari Salvi - A atuação clínica do farmacêutico está comprometida, pois, praticamente, não existem cursos de formação específica para a área. Todos os nossos profissionais foram formados, no exterior, principalmente, no Chile, Espanha e Inglaterra, ou são autodidatas. Vale a pena lembrar que a disciplina de Farmácia Hospitalar, conteúdo mínimo para quem vai gerenciar uma farmácia hospitalar, ainda não é obrigatória, na maior parte das universidades e/ou faculdades de Farmácia do País. Existe uma grande necessidade de criação das especialidades. E não faltarão hospitais interessados na contratação de farmacêuticos especialistas.

É preciso salientar que alguns hospitais americanos dispõem de um farmacêutico clínico para cada sete médicos do hospital. No Brasil, a maior parte dos hospitais não possui o farmacêutico em seu quadro de pessoal (exceto aquele destinado a análises clínicas, que não têm absolutamente nada a ver com as atividades administrativas, clínicas ou de gestão desempenhadas pelo farmacêutico hospitalar).

PHARMACIA BRASILEIRA - A especialização, por área, é uma realidade, nos países do Primeiro Mundo, em se tratando de atenção farma-

cêutica? Ela pode tornar-se uma tendência ou uma obrigatoriedade, no Brasil?

Vânia Mari Salvi - Devido à complexidade de procedimentos, variações de condutas, necessidade de conhecimentos diversos, número de especialidades farmacêuticas disponíveis e os avanços que deverão ocorrer, nos próximos dez ou 15 anos, os hospitais brasileiros deverão ofertar farmacêuticos clínicos especializados em pediatria, geriatria, imunossuprimidos (transplantados), neonatologia, HIV+, necologia/obstetrícia (gestantes), pacientes crônicos, como os hipertensos, diabéticos, oncologia, etc., como já ocorre, em vários países.

Espero que a necessidade de criação de programas/cursos de especialização sejam mais uma imposição do mercado, devido à crescente necessidade de melhoria da qualidade de assistência prestada, ao Programa Nacional de Acreditação das Instituições de Saúde, à crescente exigência do Ministério da Saúde, através da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, às exigências que estão sendo implantadas pelo Ministério da Saúde ou, em última análise, à própria concorrência de mercado, acabando por fazer valer o ditado de que "quem não têm competência, não se estabelece". Infelizmente, já observamos essa situação na área da saúde.

PHARMACIA BRASILEIRA - A senhora criou, no Erasto Gaertner, o curso de residência farmacêutica em oncologia, com duração de dois anos e dedicação exclusiva. Fale sobre o curso e o que o farmacêutico interessado deve fazer, para realizá-lo.

Vânia Mari Salvi - Nos últimos três anos, o Hospital vinha ofertando um curso de especialização, na área de Oncologia, com duração de 360 horas e, posteriormente, 400 horas/aula. Observamos que não era o suficiente para que o aluno estivesse pronto para desempenhar todas as atividades de um hospital com essa complexidade. E não havia tempo para abordar a parte clínica. O aluno saía

sem um alicerce seguro, para realizar a atenção farmacêutica em oncologia. Com o apoio do corpo clínico, da direção do Hospital e da LPCC (Liga Paranaense de Combate ao Câncer), e considerando que o Hospital já dispõe de cursos de residência na área médica (cirurgia, oncologia, radioterapia, anatomia patológica) e na área de Fisioterapia e de Enfermagem, acreditamos que teríamos condições de assumir esse desafio.

Muitas vezes, questionamos se realmente dispúnhamos de conhecimento para assumir tal responsabilidade, perante a sociedade brasileira, mas, por outro lado, se ficássemos aguardando o momento ideal, a equipe plenamente formada, demoraríamos, muitos anos, para tomarmos tal iniciativa, pois teríamos que sair para o mestrado e o doutorado, no exterior, e, só então, iniciar esta atividade.

Quando pensamos que muitos farmacêuticos, hoje, saem das universidades/ faculdades sem saber o que é um medicamento antineoplásico, suas características, requisitos, peculiaridades, o que é um protocolo de tratamento, o que é câncer, seus riscos, necessidades do paciente, etc., etc., etc., acreditamos que, assim como outros grupos, no País, temos condições de assumir essa orientação e melhorar significativamente o quadro atual. Mesmo porque não temos plano de estacionar. Muito pelo contrário, o nosso planejamento é de aprimorar e crescer, cada vez mais. E crescer com a Residência, crescer e aprimorá-la, tornando-a uma obrigação e um incentivo.

Todas as informações sobre o Curso de Especialização em Farmácia Hospitalar, com ênfase em Oncologia Clínica, encontram-se disponíveis na *homepage* da Liga (cepep@lpcnet.org.br), inclusive com conteúdo para as provas de seleção, período de inscrição e reali-

zação das provas e documentação necessária.

O que vale a pena reforçar é que o nosso residente recebe uma bolsa no valor de 80% da bolsa destinada aos residentes de Medicina (valor definido pelo MEC). Isso, enquanto não conseguirmos a aprovação do Curso junto ao MEC (os documentos estão tramitando) e existe, no Congresso Nacional, um projeto de Lei para a criação das residências farmacêuticas. (NR.: o Projeto é de autoria do deputado Zaire Rezende - PMDB-MG). Esse, talvez, seja um bom momento para cobrarmos uma agilização do seu trâmite.

PHARMACIA BRASILEIRA -

A senhora tem percebido interesse de outros hospitais em criar cursos do gênero?

Vânia Mari Salvi - Eu sei que a Universidade Federal da Bahia, através da professora Lúcia Costa Noblat, chefe do Serviço de Farmácia, deverá iniciar um curso de especialização na área da farmácia hospitalar, assim como o INCA (Instituto Nacional do Câncer), através da sua equipe de trabalho. Vale salientar que a USP (Universidade de São Paulo) também dispõe de um curso, que está sob a responsabilidade da professora Sílvia Storpi-des.

PHARMACIA

BRASILEIRA - Não se pode praticar atenção farmacêutica hospitalar (nem comunitária), sem conhecimento de farmácia clínica. Como está esse conhecimento, no Brasil?

Vânia Mari Salvi - Infelizmente, no Brasil, esta área do conhecimento precisa ser quase que totalmente

explorada. Quando avaliamos o número de estabelecimentos (hospitais, farmácias, postos de saúde, etc.) que ainda não dispõe de assistência do profissional farmacêutica constatamos

“A atuação clínica do farmacêutico está comprometida, pois, praticamente, não existem cursos de formação específica para a área”

isso. Por outro lado, muitos de nós, que estamos nos hospitais, infelizmente, ainda não sabemos exatamente o *que fazer para fazer* a atenção farmacêutica.

É importante fris-

sar que essa realidade não deve ser um motivo de desânimo para a categoria. Muito pelo contrário, devemos assumir essa deficiência como um desafio e uma oportunidade, pois o mercado de trabalho é imenso e praticamente inexplorado. E o mais importante é a melhora significativa de atendimento, que os usuários destes serviços receberão com a incorporação do profissional farmacêutico em seus quadros de pessoal.

PHARMACIA BRASILEIRA -

A farmácia oncológica do Erasto Gærtner, além de preparar medicamentos e acompanhar o paciente, realiza plenamente a farmácia clínica, inclusive, interferindo no tratamento do paciente?

Vânia Mari Salvi - O farmacêutico é parte integrante do trabalho de atenção ao paciente oncológico. Somos ouvidos e ouvimos os demais profissionais. Considero que a inserção/integração do farmacêutico já é uma etapa vencida, em nossa Instituição. Temos credibilidade junto à equipe multiprofissional, pois sempre procuramos atuar, com seriedade, afincado e na busca de melhores condições de trabalho e segurança para todos (para a equipe e, especialmente, para o nosso paciente, razão de ser da Instituição).

Também, vale lembrar que fui muito bem recebida, desde o início do meu trabalho na Instituição, pelo corpo clínico e pela equipe de enfermagem, nossos principais parceiros, o que facilitou a implantação das reformas necessárias e para chegarmos onde estamos. A farmácia do Hospital Erasto só conseguiu chegar onde está - e esperamos avançar muito mais - devido à colaboração, parceria, críticas e sugestões de toda a equipe (interna e externa à farmácia).

PHARMACIA BRASILEIRA -

Lidar com antineoplásicos requer cuidados muito especiais, sob pena de por em risco tanto quem os manipula (os farmacêuticos), quanto quem os administra (os enfermeiros) e quem os recebe (os pacientes). Quais são os riscos e por que tantos cuidados? E quais são eles?

Vânia Mari Salvi - Os antineoplásicos, medicamentos utilizados no tratamento das neoplasias malignas, infelizmente, podem causar vários riscos aos profissionais envolvidos com o preparo (farmacêuticos) e a administração (enfermeiros), quando estes não dispõem e/ou utilizam EPI's (Equipamentos de Proteção Individual) e EPC's (Equipamentos de Proteção Coletiva) na sua rotina diária. Os principais problemas são alergias de pele, perda de cabelo, emagrecimento, podendo, em alguns casos, levar ao desenvolvimento de uma neoplasia.

O primeiro requisito a cumprir é trabalhar, atendendo a todas as recomendações descritas para os manuseios com técnica asséptica, uma vez que todos os pacientes ficam imunossuprimidos, em maior ou menor grau, em decorrência da ação destes produtos.

Alguns dos cuidados básicos para quem vai manipular antineoplásicos inclui o uso de EPI's (dupla luva de látex ou similar desentalcada, avental de manga longa e fechado nas costas, óculos de segurança, máscara de

carvão ativado ou similar (cartucho de carvão ativado) e EPC (câmara ou cabine de segurança biológica classe II - tipo B II - também conhecida como câmara de fluxo laminar vertical, com 100% de exaustão externa). Além disso, é preciso realizar, semestralmente, os testes de acompanhamento médico, com todos os funcionários que estão em contato com esses produtos e a manutenção da câmara, para prevenir a contaminação do ambiente de trabalho.

Além de todos esses requisitos, a capacitação e a educação continuada da equipe (médico, enfermeiro, farmacêutico e seus auxiliares) é de fundamental importância para atender os requisitos de qualidade e segurança de que estes pacientes e profissionais necessitam.

PHARMACIA BRASILEIRA - Fazer pesquisa com medicamentos em seres humanos – e os oncológicos de uso hospitalar não fogem à regra – não é algo simples. As pesquisas precisam submeter-se a toda uma regulamentação e a um código de ética. A senhora pode falar sobre isso?

Vânia Mari Salvi - O Brasil já dispõe, desde 1996 (Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde), da Conep (Comissão Nacional de Ética em Pesquisa) cuja principal função é garantir a segurança dos sujeitos da pesquisa (pacientes), através da implementação de normas e diretrizes re-

gulamentadoras de pesquisas que envolvam seres humanos.

Através da Conep, são criados os CEP (Comissão de Ética em Pesquisa), com composição multidisciplinar e da qual o farmacêutico pode, e deve, fazer parte, uma vez que grande parte das pesquisas envolvendo seres humanos está relacionada a medicamentos, vacinas, novos testes diagnósticos, procedimentos, biossegurança, genética, etc., áreas do conhecimento que fazem parte de nossa formação acadêmica.

PHARMACIA BRASILEIRA - Vocês fazem pesquisa com medicamentos, aí, na farmácia do Erasto Gartner? Que pesquisas?

Vânia Mari Salvi - O Hospital Erasto participa de várias modalidades de pesquisas e todas são registradas junto ao Centro de Projetos Ensino e Pesquisa do HEG, órgão responsável pelo acompanhamento e controle destas atividades em nossa Instituição. De acordo com o descrito na Resolução 196/96 do CNS, o HEG dispõe de uma Comissão de Ética em Pesquisa, da qual faço parte, juntamente com outros profissionais da área da saúde, como médicos, enfermeiros, psicólogo, fisioterapeuta, pessoal da área administrativa e representantes da comunidade e dos usuários. Todos os projetos precisam ser aprovados por esse comitê, para que a pesquisa seja realizada.

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFBA

Mudar em busca da essência

Mais que uma simples reforma, a transformação total por que passa a farmácia do Hospital das Clínicas de Salvador vai atingir, em cheio, não só aspectos físicos, mas revolver antigos conceitos que animavam aquela Casa. A estrela da reforma é o farmacêutico e o ensino da Faculdade de Farmácia da Universidade Federal da Bahia.



Fachada do Hospital das Clínicas (BA)

Quem chega ao Hospital Universitário Professor Edgard Santos (Hupes), no *campus* da Universidade Federal da Bahia (UFBA), no bucólico bairro do Canela, no centro de Salvador, é incapaz de imaginar que, no primeiro andar daquele prédio imponente - um palacete em forma de H, com 11 andares, sem contar os prédios do Centro Pediátrico Professor Hosannar de Oliveira (CPPHO) e o Pavilhão de Ambulatórios Magalhães Neto - construído, em 1950, com 30.158 metros quadrados e bem ao gosto da arquitetura histórica da capital baiana - está em marcha uma das mais frutíferas revoluções farmacêuticas hospitalares do País. A transformação está ajudando a modificar a imagem do farmacêutico no contexto da atenção ao paciente, na Bahia, atingindo, em cheio, o coração de velhos conceitos, revolvendo aspectos filosóficos e edificando o que será uma das mais modernas e mais bem instaladas farmácias de hospitais universitários do Brasil.

Quando for inaugurada, em outubro deste ano, a farmácia do Hupes, também chamado de Hospital das Clínicas de Salvador, estará apta a desenvolver relevantes pesquisas com medicamentos em sua moderna unidade de ensaios clínicos e se tornará referência para o Sistema Único de Saúde e para o Ministério da Saúde. Para este último, será referência principalmente no que diz respeito à farmacovigilância. A farmácia do Hupes, que abrigará um ousado programa de treinamento em serviço, sob a forma de residência para farmacêuticos, em níveis pós-graduação, vai comemorar uma outra importante conquista: ela deixa de ser um Serviço e ascende, na hierarquia do hospital, ao nível de Divisão. O *status* lhe garantirá mais autonomia e poder junto à direção geral da Casa.

O início - A pedra fundamental da revolução por que passa a farmácia do Edgard Santos é a inversão do paradigma conceitual, que, agora, põe o farmacêutico e o ensi-



Professora Lúcia Noblat

no de Farmácia da UFBA no *front* de suas atividades. Tudo começou, quando a professora Lúcia Noblat, em 1995, recém-chegada da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), propôs ao então diretor do Hospital, Antônio Carlos Moreira Lemos, trazer o ensino da disciplina de Farmácia Hospitalar da Faculdade para o hospital, integrando as práticas de ensino ao serviço e à pesquisa.

A preocupação da professora vinha, segundo ela própria, do fato de a disciplina ser ministrada dentro da própria faculdade de Farmácia, ou seja, fora do ambiente hospitalar, impondo aos acadêmicos um prejudicial estado de isolamento em relação à prática em saúde. “O que havia de prática era apenas visitas aos hospitais, sendo muito superficial para a formação do estudante”, critica a professora.

O diretor aceitou a proposta de Lúcia Noblat, mas sob uma condição: que ela própria assumisse o Serviço de Farmácia do hospital. Era o sinal que faltava para concretizar o sonho de mudar o ensino da Farmácia Hospitalar da UFBA.

Os passos - A providência inicial de Noblat foi reunir o recém-concursado professor de Farmácia da UFBA, Lindemberg Assunção Costa (seu irmão), e toda equipe de farmacêuticos do hospital e também um grupo

de arquitetos, todos lotados no Hupes, para conceber a espinha dorsal do projeto de reforma, observando-se a implantação de novos serviços, e para gerar uma nova concepção filosófica para aquela farmácia. O projeto foi aprovado pela Diretoria do hospital. Em seguida, foi apresentado ao Reforsus, o programa de Reforma do Sistema Unificado de Saúde/SUS, do Ministério da Saúde.

O Reforsus dispunha de uma linha de crédito para reforma de hospitais, que, à época, não contemplava as suas farmácias. Mas, como se tudo se conspirasse em favor do projeto, o Ministério da Saúde acabou revendo a questão da limitação do financiamento do Reforsus e repassou uma verba de R\$ 1 milhão para a sua reforma física e para a aquisição de equipamentos e mobiliários. Aliás, ela foi a primeira farmácia hospitalar a se beneficiar com essa linha de financiamento.

A reforma - A farmácia do Hospital das Clínicas de Salvador possui uma área de 400 m². A gigantesca reforma contempla áreas para quimioterapia, para nutrição parenteral, para ensaios clínicos. Também, uma área para abrigar o Centro de Informações de Medicamentos (CIM), outra para farmacovigilância, para administração, para a secretaria, para dispensação de medicamentos, para a farmacotécnica, para farmacocinética clínica, para



Diretor do Hospital das Clínicas, farmacêutico Lindemberg Costa

farmácia ambulatorial, alojamento para os residentes e os farmacêuticos e para depósito.

A unidade de ensaios clínicos é moderna e bem equipada. A centralização desses ensaios no serviço de farmácia hospitalar estará sob a responsabilidade do farmacêutico. Hoje, no Brasil, há uma exigência, por parte da indústria farmacêutica, bem como de organismos internacionais, a exemplo da FDA (*Food, Drugs and Administration*), nesse sentido.

Os medicamentos envolvidos nas pesquisas serão aqueles que se encontraram nas fases 3 e 4 da pesquisa clínica (que antecedem a comercialização do produto). A centralização dos ensaios na própria farmácia é algo fundamental, segundo explica a diretora. “Uma das vantagens é que a farmácia se responsabilizará pelo armazenamento e pela conservação dos medicamentos, o que resulta na garantia da eficácia dos mesmos nos testes clínicos. Outra vantagem está em fazermos a guarda ou a custódia dos medicamentos. Com isso, não há possibilidade de os produtos em teste serem utilizados para outros fins que não o previsto no protocolo de pesquisa”, explica.

É que o medicamento, sem esses devidos controles, pode, por exemplo, ser usado em um paciente que não faz parte da pesquisa, situação que, aliás, fere princípios éticos previstos em testes do gênero. Os referidos controles, possíveis graças à concentração dos ensaios, na farmácia do hospital, e ao fato de ficarem sob a responsabilidade do farmacêutico, vão permitir, ainda, o cumprimento da metodologia do protocolo de pesquisas.

Além disso a farmácia garante os processos de inclusão e exclusão de pacientes, a randomização cuja execução ficará sob a exclusiva responsabilidade do farmacêutico, e a “cegueira” (método de pesquisa com medicamento, em que um

ou mais envolvidos - o médico pesquisador e/ou o paciente - sabe do que está acontecendo).

Um medicamento em teste pode ter utilização hospitalar, segundo explicação da coordenadora da farmácia hospitalar do Hupes, quando a pesquisa clínica que o



Reforma trouxe dependências confortáveis

envolve visa a trazer algum benefício ao paciente e a contribuir para o combate a uma doença. A autorização para esse tipo de pesquisa, em hospital,

está prevista pelo Conatem e pela Resolução 196, do Conselho Federal de Medicina. Os resultados da pesquisa vão para a indústria farmacêutica que a financia, ou para o Ministério da Saúde.

A centralização dessas pesquisas, na farmácia hospitalar, sob a responsabilidade única do farmacêutico, é uma exigência tamanha por parte da indústria farmacêutica, bem como por parte do FDA (*Food and Drug Administration*) e de alguns órgãos não-governamentais do setor, que muitas delas não aceitam financiar os estudos, sem essas condições.

E tudo o que a farmácia do Hospital das Clínicas de Salvador não quer é que se inviabilizem as parcerias com a indústria e órgãos públicos, pois, sem elas, não há recursos financeiros. E, sem estes, as pesquisas morrem no ninho. Antes da reforma, lembra Lúcia Noblat, o hospital perdeu, por várias vezes, o direito de se beneficiar do financiamento, porque as pesquisas não estariam sob a coordenação de farmacêuticos e porque os trabalhos não seriam desenvolvidos, de forma coordenada, na farmácia.

Hoje, com as mudanças, a farmácia do Hupes está realizando pes-

quisas com o imunomodulador Interferon e com o antiviral Ribavirina. Os dois produtos, associados, estão sendo utilizados no tratamento de portadores da hepatite C viral. Além do Hupes, somente o Hospital das Clínicas da USP (Universidade de São Paulo) de Ribeirão Preto realiza o mesmo ensaio. O estudo é financiado pelo laboratório Roche, da Suíça, e se iniciou, em março.

Dose unitária - Atenção especial também está sendo dada a unidade de dispensação de medicamentos em doses unitárias. Isso, porque o setor será cercado de algumas mudanças conceituais. “Atualmente, no Brasil, o conceito de distribuição de dose unitária (SDMDU) é, quase todo ele, colocado como o fim do processo de distribuição de medicamentos, com a simples entrega do produto identificado ao paciente. Mas, na verdade, o sistema é um meio de se garantir uma utilização racional do medicamento pelo paciente, o que, hoje, fundamenta a prática da atenção farmacêutica hospitalar”, explica o professor Lindemberg Assunção Costa.

Outra unidade que também merecerá a atenção da Diretoria da farmácia do Hupes é a farmácia ambulatorial. Com os seus amplos e confortáveis espaços e mobiliários, a unidade reunirá dois consultórios



Nova farmácia ocupa área de 400m²

farmacêuticos para atendimento ao público.

Filosofia - A nova filosofia implantada na farmácia do Hospital das Clínicas de Salvador é assentada, toda ela, no farmacêutico e no acadêmico de Farmácia. Na verdade, a farmácia hospitalar transfor-

ma-se, a partir de agora, num grande laboratório de aprendizado prático da profissão, cujo eixo é o farmacêutico, quaisquer que sejam as atividades ali desenvolvidas, da direção geral à pesquisa.

A Residência Farmacêutica ganha, ali, o reconhecimento do Ministério da Educação. Aliás, é uma das primeiras residências a ser referendada pelo MEC. Farmacêuticos, durante 24 horas, vão se revezar, em plantões de quatro horas, para viver, na rotina farmacêutica, o corre-corre, as dificuldades, as urgências e as alegrias da atividade, dentro de um hospital de grande porte. E mais: em total integração com os demais profissionais da saúde, dentro do verdadeiro espírito de equipe. Os residentes terão acomodações confortáveis e estarão, em tempo integral, sob a coordenação de um profissional, que dividirá com eles as acomodações, que contam com camas, sofás, armários individuais etc. Ao lado, uma cantina vai garantir-lhes o lanche e o cafezinho.

Atenção farmacêutica - A estrela de todo esse esforço será a atenção farmacêutica. “Estamos seguindo, à risca, a filosofia que sustenta a atenção farmacêutica, preconizada pela Organização Mundial de Saúde e pela Opas, e que é, também, a referência farmacêutica, no mundo inteiro”, explica Lindemberg Costa, acrescentando que essa filosofia priorizar a relação farmacêutico/paciente. “Nossa intenção é fazer com que o farmacêutico esteja integrado às equipes de saúde, aqui, no Hospital Universitário, inclusive, assumindo postos de liderança nas mesmas”, acrescenta.

Mas outra estrela brilhará na farmácia do Hupes: a pesquisa. A idéia da diretoria é a de realizar várias delas, em todas as áreas da farmácia (no armazenamento, no doseamento, na atenção, na nutrição parenteral (esta é uma outra unidade devidamente equipada com o que há de mais moderno no setor), nos ensaios clínicos, na farmacocinética clínica, na farmacovigilância, na farmacotécnica etc.

Antes mesmo da reforma, mas já nutrida das mudanças conceituais, a farmácia já havia criado o seu formulário de medicamentos próprio, o primeiro do Hupes, em seus 50 anos de existência.

Autonomia - A reforma está inserindo a Faculdade de Farmácia da Universidade Federal da Bahia no

Conselho Deliberativo do Hospital das Clínicas, antes, composto apenas pelas faculdades de Medicina, Enfermagem e Nutrição. “Isso significa ganho de poder político, o que vai nos ajudar muito, quando tivermos que tomar decisões”, explica Lúcia Noblat. Agora, é colher os frutos do plantio.

O ganho no aprendizado

O farmacêutico Jorge Antônio Piton Nascimento, da Bahia, membro da Comissão de Indústria do Conselho Federal de Farmácia, conhece a história da farmácia do Hospital Edgard Santos (o Hospital das Clínicas de Salvador, da Universidade Federal da Bahia - UFBA), muito antes de a professora Lúcia Noblat deixar Natal para morar, na Bahia. A pedido do presidente do CFF, Jaldo de Souza Santos, Piton visitou as obras da farmácia daquele hospital e faz alguns comentários sobre o que viu. “Essas mudanças, inclusive de visão, implantadas pelos irmãos



Jorge Piton

Lúcia Noblat e Lindemberg Costa estão dando uma nova dimensão à farmácia hospitalar, inclusive com o fortalecimento da farmácia clínica, em um momento importante para sua afirmação”, explica Piton.

Um aspecto destacado pelo farmacêutico é o ganho que terão os estudantes de Farmácia da UFBA. Segundo Piton, eles, agora, poderão acompanhar todo o trâmite do medicamento-paciente e toda a realidade de uma grande farmácia hospitalar, no seu dia-a-dia. Comenta: “Terão um aprendizado maior em todos os trânsitos inerentes à farmácia hospitalar, pois não vão apenas dispensar o medicamento, mas também aprender a fazer uma análise do receituário médico, para checar se há alguma incoerência na prescrição. Também, vão poder acompanhar o desenvolvimento do paciente, observando a possibilidade de interação medicamento-medicamento, medicamento-alimento etc. Enfim, poderão realizar a essencial atenção farmacêutica”.

Dificuldades - A farmácia do Hupes já viveu outros bons momentos, lembra Piton. Foi quando a professora Neusa Oliveira Almeida, sua ex-responsável técnica, às custas de um esforço sobre-humano, levou a farmácia a produzir até injetáveis. “Mas com a sua aposentadoria e com dificuldades crescentes de administração das empresas públicas e carência de recursos, a farmácia abandonou a produção de semi-injetáveis”, diz. Neusa Oliveira Almeida já faleceu.

Os demais hospitais brasileiros, pediu Jorge Piton, devem buscar esse mesmo crescimento registrado, hoje, na farmácia do Hupes. Aliás, a busca por crescimento é sempre uma conclamação feita nos eventos da Sbrafh (Sociedade Brasileira de Farmácia Hospitalar), lembra o integrante da Comissão de Indústria do CFF. Piton torce para que os verbas destinadas aos hospitais públicos não venham a minguar, prejudicando iniciativas desse porte.

CFF edita resoluções dispondo sobre farmácia hospitalar



Arnaldo Zubioli

As atividades do farmacêutico na farmácia hospitalar é o objeto de três resoluções do Conselho Federal de Farmácia. A última delas, de número 300, editada, em 1997, avança para a função clínica da farmácia, centrada no paciente. “Isso é de fundamental importância para a realização profissional do farmacêutico, pois, através dela, terá as condições de exercer as suas atividades em toda a sua plenitude e obter o reconhecimento de seu trabalho no âmbito hospitalar”, argu-

menta o secretário geral do CFF, Arnaldo Zubioli, no livro “Deontologia e Farmácia”, ainda em gestação, de sua autoria. O livro deverá ser lançado, em março de 2002. As três resoluções foram editadas, durante a sua gestão como presidente do Conselho Federal.

Portanto, as atribuições da farmácia hospitalar, de acordo com a Resolução número 300, de 30 de janeiro de 1997, promulgada pelo CFF, são as seguintes (**veja a Resolução, na íntegra**):

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA

RESOLUÇÃO Nº 300
de 30 de janeiro de 1997

Ementa: Regulamenta o exercício profissional em farmácia e unidade hospitalar, clínicas e casa de saúde de natureza pública ou privada.

O CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, no exercício das atribuições que lhe são conferidas pelo artigo 6º, alíneas “g” e “m”, da Lei 3.820/60 e o artigo 6º do Decreto 85878/81;

Considerando a necessidade de aperfeiçoar e atualizar o conceito de Farmácia Hospitalar, bem como disciplinar o seu funcionamento;

Considerando o dispositivo no art.15 da lei 5.991/73, bem como a necessidade de ampliar e definir a competência privativa profissional do farmacêutico, conforme o disposto no art.1º do Decreto retro, RESOLVE:

Art.1º - Para os efeitos desta Resolução, entende-se como:

I - FARMÁCIA DE UNIDADE HOSPITALAR: unidade clínica de assistência técnica e administrativa, dirigida por farmacêutico, integrada, funcional e hierarquicamente, às atividades hospitalares.

Art. 2º- A farmácia hospitalar tem como principal função: garantir a qualidade de assistência prestada ao paciente, através do uso seguro e racional de medicamentos e correlatos, adequando sua utilização à saúde individual e coletiva, nos planos: assistencial, preventivo, docente e de investigação, devendo, para tanto, contar com farmacêuticos em número suficiente para o bom desempenho da assistência farmacêutica.

Art. 3º - Nas atividades de assistência farmacêutica, é de competência da farmácia hospitalar.

I - Assumir a coordenação técnica nas discussões para seleção e aquisição de medicamentos, germicidas e correlatos, garantindo sua qualidade e otimizando a terapia medicamentosa.

II - Cumprir normas e disposições gerais relativas ao armazenamento, controle de estoque e distribuição de medicamentos, correlatos, germicidas e materiais médico-hospitalares.

III - Estabelecer um sistema, eficiente, eficaz e seguro de dispensação para pacientes ambulatoriais e internados, de acordo com as condições técnicas hospitalares, onde ele se efetive.

IV - Dispor de setor de farmacotécnica composto de unidades para:

- a)manipulação de fórmulas magistrais e oficinais;
- b)manipulação e controle de antineoplásicos;
- c)prepare e diluição de germicidas;
- d)reconstituição de medicamentos, preparo de misturas intravenosas e nutrição parenteral;
- e)fracionamento de doses;
- f)análises e controles correspondentes;
- g)produção de medicamentos;
- h)outras atividades passíveis de serem realizadas, segundo a constituição da farmácia hospitalar e características do hospital.

V - Elaborar manuais técnicos e formulários próprios.

VI - Manter membro permanente nas comissões de sua competência, principalmente:

- a)na comissão de farmácia e terapêutica ou de padronização de medicamentos;
- b)na comissão de serviço de controle de infecção hospitalar;

c)na comissão de licitação ou parecer técnico;

d)na comissão de suporte nutricional.

VII - Atuar junto à Central de Esterilização na orientação de processos de desinfecção e esterilização de materiais, podendo inclusive ser o responsável pelo setor.

VIII - Participar nos estudos de ensaios clínicos e no programa de farmacovigilância do hospital.

IX - Exercer atividades formativas sobre matérias de sua competência, promovendo cursos e palestras e criando um Setor de Informações de Medicamentos, de acordo com as condições do hospital.

X - Estimular a implantação e o desenvolvimento da farmácia clínica.

XI - Exercer atividades de pesquisa, desenvolvimento e tecnologia farmacêuticas no preparo de medicamento e germicidas.

Art. 4º - Ao farmacêutico diretor-técnico, em particular, compete:

I - Cumprir e fazer cumprir a legislação atinente às atividades hospitalares e relativas à assistência farmacêutica.

II - Organizar, supervisionar e orientar, tecnicamente, todos os setores que compõem a farmácia hospitalar, de forma a assegurar-lhe características básicas, bem como contribuir para seu funcionamento em harmonia com o conjunto da unidade hospitalar.

Art. 5º - Revogam-se a Resolução 208/90 e demais disposições em contrário.

Art. 6º - Esta Resolução entrará em vigor na data de sua publicação no “Diário Oficial da União”

Sala das Sessões, 30 de janeiro de 1997.

ARNALDO ZUBIOLI
Presidente

ANTINEOPLÁSTICOS

A manipulação de drogas antineoplásicas pelo farmacêutico foi regulamentada pelo Conselho Federal de Farmácia, através da Resolução número 288, de 21 de março de 1996. **Veja, na íntegra, o texto das normas.**

RESOLUÇÃO N.º 288 de 21/03/1996

Ementa: Dispõe sobre a competência legal para o exercício da manipulação de drogas antineoplásicas pela farmacêutico.

O Conselho Federal de Farmácia, no exercício das atribuições que lhe são conferidas pela alínea “m”, do artigo 6º, da Lei 3.820, de 11 de novembro de 1960, e modificada pela Lei 9.120/95;

Considerando o disposto na Resolução N.º 04, de 11 de abril de 1969, do Conselho Federal de Educação, e o disposto no Decreto N.º 85.878, de 07 de abril de 1981, em Artigo 1º, incisos I e VI;

Considerando o disposto na Resolução N.º 208/90 em seus Artigos 2º, 3º e 4º deste Conselho;

Considerando a necessidade de assegurar condições adequadas de formulação, preparo, armazenagem, conservação, transporte, segurança do farmacêutico que manipula, bem como os resíduos oriundos das drogas antineoplásicas nos estabelecimentos de saúde;

Considerando a necessidade de regulamentar as normas e condições na formulação e preparo de drogas antineoplásicas nos estabelecimentos de saúde.

RESOLVE:

Art. 1º - É atribuição privativa do farmacêutico a competência para o exercício da atividade de manipulação de drogas antineoplásicas e similares nos estabelecimentos de saúde;

Art. 2º - No exercício da atividade de quimioterapia nos estabelecimentos de saúde, caberá ao farmacêutico:

I - Selecionar, adquirir, armazenar e padronizar os componentes necessários ao preparo dos antineoplásicos;

II - Avaliar os componentes presentes na prescrição médica, quanto a quantidade, qualidade, compatibilidade, estabilidade e suas interações;

III - Proceder a formulação dos antineoplásicos, segundo prescrição médica, em concordância com o preconizado em literatura;

IV - Manipular drogas antineoplásicas em ambientes e condições assépticos, e obedecendo critérios internacionais de segurança;

V - Orientar, supervisionar e estabelecer rotinas nos procedimentos de manipulação e preparação dos antineoplásicos;

VI - Preencher adequadamente o rótulo de cada unidade de antineoplásico preparado, assinar e carimbar, identificando o nome do cliente da terapêutica, a quantidade de cada componente adicionado, bem como efetuar as devidas recomendações para sua estabilidade e administração;

VII - Determinar o prazo de validade para cada unidade de antineoplásico, de acordo com as condições de preparo e características da substância;

VIII - Assegurar o controle de qualidade dos antineoplásicos, após o preparo até a administração;

IX - Registrar cada solução de antineoplásico preparado em livro de registro exclusivo, com termo de abertura, onde constará: data do preparo, nome completo, número do prontuário do paciente e localização, número seqüencial de preparo, diagnóstico, protocolo de referência, quantidade preparada, concentrações do produto;

X - Assegurar destino seguro para os resíduos dos antineoplásicos;

XI - Assegurar a observância das normas de segurança individuais e coletivas para a manipulação de antineoplásicos recomendadas em nível nacional e internacional;

XII - Informar, periodicamente, ou quando solicitado, o custo de cada componente de solução após o preparo;

XIII - Compôr a equipe multidisciplinar nas visitas aos clientes submetidos ao tratamento com antineoplásicos;

XIV - Participar das reuniões, discussões de casos clínicos e atividades didáticas e científicas da equipe multidisciplinar;

XV - Possibilitar estágios supervisionados à farmacêuticos e acadêmicos de farmácia;

XVI - O farmacêutico deverá dispor de dados quanto a qualidade destes produtos, sobretudo garantindo os seguintes parâmetros: solubilidade, estabilidade, homogeneidade, viscosidade, osmolaridade, esterilidade, teor e pureza;

XVII - Participar, desenvolver, elaborar pesquisas de antineoplásicos, não só na área de saúde, bem como na área industrial;

XVIII - Participar e atuar em toda divulgação técnica científica vinculada ao *marketing* do suporte quimioterápico.

Art. 3º - Esta Resolução entrará em vigor na data de sua publicação.

Sala das Sessões, 21 de março de 1996.

ARNALDO ZUBIOLI
Presidente

O CFF também editou a Resolução n.º 292, de 24 de maio de 1996, dispondo exclusivamente sobre o exercício da atividade de nutrição parenteral e enteral pelo farmacêutico. É uma medida adotada com vistas a estabelecer uma prática profissional correta. **Na íntegra, a matéria.**

NUTRIÇÃO PARENTERAL E ENTERAL

RESOLUÇÃO N.º 292, de 24/05/1996

Ementa: Ratifica competência legal para o exercício da atividade de nutrição parenteral e enteral, pelo Farmacêutico.

O Conselho Federal de Farmácia, no exercício das atribuições que lhe são conferidas pela alínea "m", do Artigo 6º, da Lei 3.820/60, de 11 de novembro de 1960;

Considerando o disposto na Resolução N.º 04, de 11 de abril de 1969, do Conselho de Educação e o disposto no Decreto N.º 85.878, de 07 de abril de 1981, em seu Artigo 1º, inciso IV;

Considerando que a atividade de nutrição parenteral e enteral se dá nos estabelecimentos de saúde, em nível hospitalar, público, privado e conveniado, pequenas clínicas, indústrias e centros especializados no preparo, para administração em regime hospitalar, ambulatorial ou domiciliar;

Considerando a necessidade de assegurar condições adequadas de formulação, preparo, armazenamento, conservação e de transporte de nutrição parenteral e enteral nos estabelecimentos de saúde.

RESOLVE:

Art. 1º - Ratificar a competência do profissional farmacêutico para o exercício da atividade de nutrição parenteral e enteral.

Art. 2º - No exercício da atividade de nutrição parenteral, cabe exclusivamente ao farmacêutico:

I - Avaliar os componentes presentes na prescrição médica da nutrição parenteral, quanto à quantidade, qualidade, compatibilidade, interações e estabilidade;

II - Proceder a formulação da nutrição parenteral, segundo prescrição médica;

III - Preparar a nutrição parenteral, utilizando metodologia rigorosamente asséptica;

IV - Orientar, supervisionar e estabelecer rotinas nos procedimentos básicos de manipulação e preparação de nutrição parenteral;

V - Preencher adequadamente o rótulo de cada unidade de nutrição parental preparada, colocando nome e localização do paciente, data do preparo, prazo de validade, instruções para administração, composição, nome e inscrição do profissional farmacêutico no respectivo CRF;

VI - Determinar o prazo de validade para cada unidade de nutrição parenteral, de acordo com as condições de preparo;

VII - Assegurar a qualidade e integridade da nutrição parenteral, desde o preparo, até a sua administração;

VIII - Registrar cada solução de nutrição parenteral preparada, em livro de registro exclusivo, com termo de abertura, onde constará: data de preparo, nome completo, número do prontuário do paciente e localização, número seqüencial de preparo, diagnóstico, quantidade de frascos preparados para cada vinte e quatro horas;

IX - Supervisionar estagiários farmacêuticos e acadêmicos de farmácia no preparo das soluções de nutrição parenteral;

Art. 3º - Cabe ao farmacêutico aos demais membros da equipe:

I - Selecionar, adquirir e padronizar os componentes necessários ao preparo da nutrição parenteral;

II - Informar, quando solicitado, o custo de cada componente e da solução de nutrição parenteral e enteral, após o preparo;

III - Determinar a qualidade dos produtos adquiridos para a elaboração das misturas em nutrição enteral, sobretudo garantindo: solubilidade, estabilidade, homogeneidade, viscosidade, osmolaridade e esterilidade;

IV - Visitar os clientes submetidos a nutrição parenteral e enteral;

V - Participar da Comissão de Suporte Nutricional em cada unidade hospitalar, para promover discussões de casos clínicos e atividades didáticas e científicas;

VI - Participar, desenvolver e elaborar pesquisas em suporte nutricional, não só na área de saúde, como também na área industrial e atuar em toda a divulgação técnico e científica vinculada ao *marketing*.

Art. 4º - Esta Resolução entrará em vigor, na data de sua publicação, revogando-se os termos da Resolução 247/93.

Sala das Sessões, 24 de maio de 1996.

ARNALDO ZUBIOLI
Presidente