



# Das boticas aos cuidados farmacêuticos: perspectivas do profissional farmacêutico

## From the apothecary to pharmaceutical care: perspectives of the pharmacist

Recebido em 29/10/2011

Aceito em 22/11/2011

Mariana Linhares Pereira<sup>1\*</sup> & Mariana Martins Gonzaga do Nascimento<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Curso de Farmácia, Campus Centro-Oeste Dona Lindu, Universidade Federal de São João del-Rei (CCO-UFSJ), Av. Sebastião Gonçalves Coelho, 400, Chanadour, CEP 35501-296, Divinópolis, MG, Brasil

<sup>2</sup>Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, CCO-UFSJ

### RESUMO

O presente estudo apresenta um histórico da farmácia e do perfil do farmacêutico e sua evolução ao longo dos anos até a consolidação da prática da Atenção Farmacêutica e o surgimento de novas demandas sociais para a profissão.

**Palavras-chave:** farmácia, história, atenção farmacêutica

### ABSTRACT

This study presents a historic about pharmacy and the pharmacist and its evolution throughout the years until the pharmaceutical care practice consolidation and the birth of new social demands to the profession.

**Keywords:** Pharmacy, history, pharmaceutical care

### INTRODUÇÃO

Os primórdios da profissão farmacêutica não são conhecidos. Pode-se apenas especular sobre os primeiros indivíduos interessados em produzir e dispensar medicamentos (Deno et al., 1959). Por outro lado, sabe-se que, desde o início da história do homem, as doenças já existiam e, com elas, surge a procura pela cura (Burlage et al., 1944; Rising, 1959). Tendo isto em vista, esse trabalho apresenta um breve histórico da profissão farmacêutica e os passos que levaram ao desenvolvimento dos Cuidados Farmacêuticos, enfatizando sua importância no contexto social, suas características e o método de trabalho que permite a sua realização.

O presente estudo tem por objetivo contextualizar histórica e socialmente o surgimento da prática dos Cuidados Farmacêuticos e expor seus princípios metodológicos e filosóficos.

### MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de uma revisão histórica não sistemática da literatura sobre a profissão farmacêutica realizada com base em consultas a livros, monografias, teses e documen-

tos com foco histórico na evolução desta profissão. Para a busca, foram utilizadas as seguintes palavras-chave: 'profissão farmacêutica', 'evolução da farmácia' e 'cursos de farmácia no Brasil' na base de dados da biblioteca da Faculdade de Farmácia da UFMG.

Em paralelo, foi realizada uma busca por documentos acerca do surgimento, características metodológicas e filosóficas dos Cuidados Farmacêuticos. Para tal, consultou-se livros-texto sobre o tema e realizou-se uma busca por referências na biblioteca Medline com os seguintes unitermos: 'pharmaceutical care', 'patient care process', 'drug therapy problems'. Foram selecionados os materiais publicados em português, inglês e espanhol.

### RESULTADOS E DISCUSSÃO

Historiadores indicam que a medicina moderna se originou na Grécia, sendo que o nome boticário, ou apotecário, deriva-se do grego apothéke, denominação conferida à uma pequena caixa em que eram guardados os remédios que os médicos gregos antigos traziam sempre

\* **Contato:** Mariana Linhares Pereira, Curso de Farmácia, CCO-UFSJ, Av. Sebastião Gonçalves Coelho, 400, Chanadour, 35501-296, Divinópolis, MG, Brasil, e-mail: marianapereira@ufsj.edu.br

consigo quando visitavam seus doentes (Gomes-Júnior, 1988). Mas, já no Egito, a divindade Anepu, o boticário dos deuses, tinha muita importância, sendo o guardião da casa de medicamentos e do quarto de bálsamos, além de preparador das prescrições dos deuses. As prescrições na antiguidade eram poucas e simples e eram os médicos que preparavam e dispensavam os seus próprios compostos, preparações cercadas de muito mistério e feitas de acordo com ritos supersticiosos (Burlage et al., 1944; Rising, 1959).

Ainda na antiguidade, depois da divisão do império de Alexandria e nessa cidade formou-se um centro intelectual onde floresceu a escola dogmática e, sucessivamente, a escola empírica, no século 3 a.C.. Essa última tinha, por fundamento, o estudo experimental dos medicamentos. Nessa época surgiu, pela primeira vez, a divisão entre médicos, cirurgiões, raizeiros e farmacópolos, que eram aqueles que preparavam remédios compostos. A partir de então, as fórmulas mais complexas começaram a ser apreciadas, chegando a conter 54 ingredientes. Elas serviram de ponto de partida para a polifarmácia (Burlage et al., 1944; Rising, 1959; Gomes-Júnior, 1988).

Até o século XI, ensinava-se farmácia como parte do estudo da medicina. A primeira referência que se tem separando a farmácia da medicina data de 1240, quando foi escrita a magna carta da profissão farmacêutica, por Frederico II, imperador romano, criando a farmácia como uma profissão independente. O argumento era "*o fato da prática da farmácia requerer conhecimento, habilidades, iniciativas e responsabilidades especiais, com o objetivo de garantir um cuidado adequado às necessidades medicamentosas das pessoas*". Depois de Roma, essa regulamentação ocorreu em vários outros locais. Em virtude dessa separação, criaram-se três classes profissionais distintas: médicos, cirurgiões e boticários (Burlage et al., 1944; Rising, 1959; Gomes-Júnior, 1988). Com a descoberta da América, a farmácia dos séculos XVI e XVII tomou grande impulso, e drogas novas, tais como a quina, a ipecacuanha, o café e o cacau, foram introduzidos na terapêutica. No Brasil, nos tempos coloniais, os boticários, que eram na verdade "curandeiros ambulantes", percorriam as populações montados em burros mascateando remédios e drogas para doenças humanas e animais (Gomes-Júnior, 1988). Os jesuítas também instituíram enfermarias e boticas para prestar assistência em seus colégios, colocando um "irmão" para cuidar dos doentes e outro para preparar remédios. Em São Paulo, o irmão que preparava os remédios era José de Anchieta, por isso podemos considerá-lo o primeiro boticário de Piratininga (Gomes-Júnior, 1988).

No Brasil, as boticas só foram autorizadas como comércio em 1640, e a partir deste ano, elas se multiplicaram de norte a sul, e devido à facilidade de abertura, muitos o faziam, principalmente, devido à expectativa de bons lucros com o negócio. Consistiam de casas comerciais ou lojas onde o público se abastecia de remédios. Eram dirigidas por boticários, que nada mais eram que profissionais empíricos, às vezes analfabetos, possuindo apenas conhecimento de medicamentos corriqueiros e possuindo uma carta de aprovação do físico-

mor de Coimbra. Botica também era a denominação do compartimento existente nos hospitais, civis e militares, destinado ao preparo e à administração de medicamentos aos doentes internados (Gomes-Júnior, 1988; Filho & Batista, 2011).

O ensino de farmácia brasileiro só se iniciou em 1824, como uma cadeira da escola de medicina. Depois, em 1839, em Minas Gerais, foram criadas duas escolas de farmácia, uma em Ouro Preto (então capital da província de Minas Gerais) e outra em São João del Rey (que havia sido elevada do status de vila para cidade no ano anterior). Porém, apesar das diversas instituições de ensino de farmácia distribuídas pelo país, no século XIX, a passagem do comércio de botica para farmácia, com um farmacêutico formado em sua direção, não foi nada fácil. Os farmacêuticos e boticários tinham pouca diferença para a maioria da população e para os legisladores, e o farmacêutico só toma seu espaço exclusivo na produção de medicamentos definitivamente depois de 1886 após diversas batalhas.

Já no início do século 20, o farmacêutico tornou-se o profissional de referência para a sociedade nos aspectos do medicamento, dominando não só a prestação de um serviço que visava a "correta utilização do medicamento", mas também a produção e comercialização do arsenal terapêutico disponível na época (Valladão et al., 1986). A farmácia também passou a ser um centro de irradiação cultural de destacada importância, congregando não somente indivíduos que buscavam remédios, mas também os demais que procuravam novidades e notícias do mundo quando eram escassos os meios de comunicação dos acontecimentos político-sociais (Gomes-Júnior, 1988).

A partir da segunda metade da década de 30, no entanto, com a expansão da indústria farmacêutica, os preparados magistrais foram quase inteiramente substituídos pelas especialidades, ou seja, medicamentos preparados industrialmente com antecedência e apresentados sob uma embalagem particular. Em consequência, o papel de "fazer" [o medicamento], pelo qual o farmacêutico era tradicionalmente conhecido, desapareceu quase que por completo. O modelo de prática predominante na farmácia comunitária passou a ser a orientação e dispensação farmacêutica (Dupuy & Karsenty, 1974; Reis, 2003; Filho & Batista, 2011). Esse processo transformou as ações que aproximavam o farmacêutico do médico e de seus clientes em atos vazios de um sentido transcendente às relações comerciais.

De farmacêutico a responsável técnico, de liberal a assalariado, eis a trajetória do profissional no âmbito da farmácia propriamente dita, marcada por uma redução na dimensão técnica e social do seu trabalho e um ampliar na dimensão burocrática e comercial. Esta burocratização da profissão é relatada por formandos entrevistados no estudo de Valladão (1981): "*hoje em dia, eu só assino documentos*".

Frente a essa situação, pode-se atestar: "a farmácia é uma combinação exclusiva de profissão e negócios" (Deno et al., 1959). O apelo comercial também é explícito nas publicações que circulavam no meio farmacêutico da época, como o Manual del farmacêutico (publicado em inglês e espanhol) que trazia vários artigos sobre como

estimular as vendas (Fontoura, 1936).

O meio acadêmico também refletia esta etapa de transição na profissão farmacêutica, que se diversificava em busca de outros mercados profissionais. Dessa forma, reestruturas curriculares não tinham foco em uma determinada temática integradora, mas sim na incorporação desconexa de uma grande diversidade de conteúdos e disciplinas (Valladão, 1981). Nesse processo, o farmacêutico “adjetivou-se” e seu título passou a vir acompanhado de identificadores das atribuições conquistadas: farmacêutico-bioquímico, farmacêutico-analista clínico, farmacêutico-industrial, farmacêutico de alimentos (Perini, 1997). No Brasil, especificamente, o farmacêutico enveredou-se, sobretudo, pelos caminhos da bioquímica. Estudos realizados na década de 70 mostravam que, em média, 70% dos profissionais atuavam nessa área, sendo que a maioria deles atuava simultaneamente em farmácias de dispensação, considerando essa uma atividade secundária (Valladão, 1981; Perini, 1997).

Hoje, o farmacêutico se ressentido da falta de preparo nas faculdades para o exercício na farmácia comunitária e seu afastamento dessa área de atividade, que lhe deveria ser exclusiva. Ele se envolve com questões administrativas e perde sua fixação no serviço comunitário, deixando de participar dos problemas sanitários e in (Gomes-Júnior, 1988; Perini, 1997).

*A profissão de farmacêutico se aproximou de modo sensível(...) da profissão de comerciante. Instalemo-nos em uma grande farmácia da zona urbana e veremos (...) os clientes desfilar em quase sem interrupção. A maior parte apresentou uma receita para a pessoa de bata branca que está atrás do balcão, a qual se limita a ir buscar os produtos prescritos no armário, repete a posologia indicada pelo médico, embrulha as embalagens em um saco de papel e as fatura. Poucas palavras são trocadas. Às vezes, alguém (...) se apresenta sem receita. Mesmo nestes casos, a troca de palavras revela-se quase sempre sumária; (...) Na maior parte do tempo, o papel do farmacêutico é, pois, o de um simples distribuidor (Dupuy & Karsenty, 1974).*

Diante disso,

*(...)o farmacêutico é, em geral, uma pessoa que se aborrece na sua profissão. (...)o exercício cotidiano da profissão raramente lhe proporciona esse tipo de satisfação, e ele sente profundamente o fato de que os seus cinco anos de formação são muito mal rentabilizados (Dupuy & Karsenty, 1974).*

Paralelamente à falta de preparo dos profissionais para o exercício das atividades na farmácia comunitária e seu distanciamento dos problemas sanitários e sociais, a partir da década de 70 e 80, com o crescente aumento da expectativa de vida ao nascer e o conseqüente envelhecimento da população, cresce também a prevalência de doenças crônicas não transmissíveis, as quais demandam uma utilização mais prolongada de um número maior de medicamentos para seu tratamento. O consumo de medicamentos também é impulsionado pela

persistência e recrudescimento de doenças infecto-parasitárias já conhecidas e surgimento outras, o aumento do número de medicamentos disponíveis no mercado e propagandas, que representam um fator essencial ao uso irracional e desnecessário de medicamentos, além de estímulo à automedicação (Dupuy & Karsenty, 1974; Barros, 1995; Peretta & Ciccía, 2000; Dáder, 2001; Brasil, 2002; Nascimento, 2003; Perini, 2003).

Os medicamentos constituem, hoje, a principal arma terapêutica usada, e o objetivo da sua utilização é melhorar a qualidade de vida dos pacientes, curando, retardando o progresso ou tratando sintomas das doenças (Dáder, 2001). No entanto, medicamentos também podem falhar, causando problemas de efetividade (não atingem objetivos terapêuticos) e/ou segurança (reações adversas a medicamentos ou toxicidade) (Funchal-Witzel et al., 2011). Assim, a utilização maciça, e muitas vezes inadequada desses medicamentos, faz com que o risco das ocorrências dos Problemas Farmacoterapêuticos (PFT) aumente.

Estudos mostram que 50% dos pacientes que entram na farmácia comunitária, em qualquer lugar do mundo, possuem pelo menos um PFT que precisa ser identificado e resolvido (Simpson, 1997; Peretta & Ciccía, 2000). Porém, é importante salientar que os problemas não são inerentes aos medicamentos, mas à maneira como são prescritos, dispensados e usados pelos pacientes. Esse mau uso e suas conseqüências sanitárias, sociais e econômicas representam hoje um problema sanitário de enorme magnitude (Hepler & Strand, 1990; Barros, 1995; Peretta & Ciccía, 2000; Dáder, 2001; Nascimento, 2003; Perini, 2003).

Foi demonstrado que menos de 60% dos pacientes que estavam recebendo tratamento medicamentoso não apresentavam PFT, e que cerca de 28% das admissões hospitalares são resultados de morbidade e mortalidade relacionadas ao uso de medicamentos (Johnson & Bootman, 1995). No Brasil, não existem estudos sobre a morbimortalidade relacionada ao uso de medicamentos, apenas levantamentos sobre intoxicação medicamentosa, sendo que os medicamentos ocupam a primeira posição entre os três principais agentes causadores de intoxicações em seres humanos desde 1996 (Brasil, 2009).

Sabendo-se que a prevalência e os custos da morbidade e mortalidade relacionada a medicamentos são de grande relevância e que a redução desses índices têm um impacto positivo na qualidade de vida do paciente, na segurança do sistema de saúde e na eficiência no uso dos recursos, pergunta-se, então: por que a sociedade dedica tantos esforços científicos e econômicos para pesquisar, desenvolver, fabricar, prescrever, indicar e dispensar medicamentos enquanto os serviços sanitários responsáveis por controlar, orientar e educar sobre sua utilização são ainda tão incipientes (Dáder, 2001; Reis, 2003)?

Além deste panorama preocupante de utilização de medicamentos, à medida que acontecem os avanços do conhecimento científico, o paciente é cada vez mais visualizado como um ser fragmentado, sendo que toda a lógica diagnóstica e terapêutica privilegia a visão das partes em detrimento do todo (Barros, 1995). Ao lado

disso, nem sempre é possível ao profissional de saúde manter um histórico médico detalhado e completo de cada paciente. Dessa forma, pode ocorrer ao paciente ser atendido por um médico diferente a cada consulta, além de acumular um especialista para cada sintoma. A relação médico-paciente, já prejudicada pelas diferenças de vocabulário, de nível cultural, e de representações do processo saúde-doença, fica ainda mais dificultada pela estrutura de organização dos serviços (Nascimento, 2003). Assim, o que se tem observado, é uma fragmentação na gestão e operacionalização da saúde, com vários setores e profissionais atuando de maneira desarticulada (Acurcio, 2003).

Dentro deste cenário, se manifesta a necessidade de buscar racionalidade no uso de medicamentos (Peretta & Ciccía, 2000; Nascimento, 2003). A solução desse problema perpassaria por um melhor controle da farmacoterapia, com oferecimento de alternativas que ofereçam uma melhor relação custo-benefício, considerem cada paciente como um indivíduo, evitem o aparecimento de PFT e proponham sua resolução com o objetivo de otimizar os tratamentos farmacológicos (Peretta & Ciccía, 2000; Nies & Spielberg, 1996).

Motivado pelos fatores descritos e para atender essa demanda social, foi desenvolvida a prática dos Cuidados Farmacêuticos, difundidos no Brasil como Atenção Farmacêutica (Oliveira, 2003; Funchal-Witzel et al., 2011). Esse modelo foi criado para prevenir e resolver os PFT caracterizando-se, principalmente, por ser centrado no paciente e não no medicamento (Cipolle et al., 1998). A Atenção Farmacêutica pode contribuir decisivamente para a compreensão e para a adesão do usuário ao tratamento medicamentoso, aumentando sua efetividade, e incrementando a racionalidade no seu uso (Storpirtis et al., 2001; Acurcio, 2003; Cipolle et al., 2004).

A expressão “Cuidados Farmacêuticos” foi empregada pela primeira vez por Brodie, em 1984. Entretanto, apenas em 1990 foi mais profundamente definida como “o fornecimento responsável de medicamentos com objetivo de atingir o resultado desejado, que levará a uma melhora na qualidade de vida do paciente” (Hepler & Strand, 1990). De acordo com Strand (1997), essa definição estava incompleta e hoje Atenção Farmacêutica é “a prática na qual o profissional se responsabiliza pelas necessidades relacionadas a medicamentos do paciente e responde por esse compromisso” (Simpson, 1997; Cipolle et al., 1998; Cipolle et al., 2004).

Baseado nesse conceito e na definição da Organização Mundial de Saúde (OMS),

*o conjunto de atitudes, valores éticos, funções, conhecimentos, responsabilidades e habilidades do farmacêutico na prestação da farmacoterapia, com o objetivo de alcançar resultados terapêuticos definidos na saúde e qualidade de vida da população* (OMS, 1993).

o consenso brasileiro de Atenção Farmacêutica define:

*Atenção Farmacêutica é o modelo de prática farmacêutica, desenvolvida no contexto da assistência farmacêutica. Compreende atitudes, valores éticos,*

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

Como pode ser percebido nessas definições, praticar Atenção Farmacêutica envolve grandes mudanças de filosofia profissional, de comportamento e de conceitos (Pereira, 2005). O primeiro questionamento a ser feito é portanto: porque o farmacêutico deve ser o profissional desta prática?

Primeiramente, porque farmacêutico é o profissional de saúde com maior conhecimento sobre os medicamentos e seus efeitos no organismo humano, sendo tecnicamente preparado e capaz de precisar a posologia, de indicar as incompatibilidades eventuais com outras substâncias e retificar possíveis erros de memória de quem prescreveu (Dupuy & Karsenty, 1974). Combinando a esses conhecimentos, destaca-se a possibilidade de acesso que esse profissional tem a todos os medicamentos que o paciente utiliza e a sua proximidade com o público, sendo a dispensação o último elo entre a complexa cadeia de eventos envolvendo o medicamento e o paciente (Hepler & Strand, 1990; Dáder, 2001; Perini, 2003). Além disso, o farmacêutico vivencia uma crise de identidade profissional, com falta de reconhecimento social e pouca inserção na equipe de saúde. Esse profissional está precisando redefinir seu papel na sociedade e está na posição ideal para assumir o compromisso de ajudar o paciente a obter o melhor resultado possível de seu tratamento medicamentoso (Dupuy & Karsenty, 1974; Dáder, 2001; Brasil, 2002).

No entanto, em uma oficina de trabalho promovida pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), a prática do farmacêutico foi caracterizada como sendo excessivamente tecnicista e incipiente na área clínica, existindo um descompasso entre a formação e as demandas dos serviços de atenção à saúde (OPAS, 2002). A prática tem priorizado as atividades administrativas, em detrimento da educação em saúde e da orientação sobre o uso de medicamentos, revelando-se desconectada das políticas de saúde e de medicamentos (Storpirtis et al., 2001; Brasil, 2002; Acurcio, 2003). Sendo assim, aceitar esse novo “mandato” significa ajustar o foco da profissão farmacêutica e aumentar o seu nível de responsabilidade frente aos usuários de medicamentos. Assumir essa responsabilidade requer mudanças filosóficas, organizacionais e funcionais na prática farmacêutica (Hepler & Strand, 1990).

Tendo isto em vista, preparar o farmacêutico para o exercício dessa nova atribuição é passo fundamental para o sucesso de qualquer programa de Atenção Farmacêutica (Storpirtis et al., 2001). Deve-se ressaltar ainda que a Atenção Farmacêutica é um processo, sendo possível aprender fazendo (Johnson & Bootman, 1995). Muitos

farmacêuticos têm demonstrado entusiasmo com este novo mandato, mas sua conceituação entre estes profissionais mostra-se inconsistente. Como retrato disso, grande parte dos farmacêuticos entrevistados em um estudo no interior de São Paulo e outro em João Pessoa disseram realizar Atenção Farmacêutica sem, no entanto, manterem registros ou seguirem metodologia, referindo-se à prática como orientação ou atendimento no momento da dispensação (Farina & Romano-Lieber, 2009; Filho & Batista, 2011). Um modelo de prática bem definido e o sistema de classificação de PFT são elementos-chave para se oferecer um serviço de Atenção Farmacêutica sistematizada e consistente em todo o mundo e, assim, gerar evidências significativas do impacto coletivo dessa prática, contribuindo para a sua expansão e consolidação (ASHP, 1993; Strand et al., 1991; OPAS, 2002; Hepler et al., 2002).

Todo profissional da Atenção Farmacêutica tem que entender a filosofia, desenvolver habilidades de comunicação e aplicar os mesmos padrões de cuidado, permitindo o reconhecimento e demanda da prática por pacientes de todo o mundo. A filosofia guia qualquer ação e decisão clínica feita na prática (Hepler et al., 1985; Hepler & Strand, 1990; ASHP, 1993; ASHP, 1996; Nies & Spielberg, 1996; Peretta & Ciccía, 2000; Dáder, 2001; Storpirtis et al., 2001; OPAS, 2002; Brasil, 2002; Perini, 2003; Oliveira, 2003; Reis, 2003; Asadi-Lari et al., 2004; Cipolle et al., 2004; APHA, 2010).

A filosofia da Atenção Farmacêutica prevê uma prática centrada no paciente, que busque atender a necessidade social de controlar a morbi-mortalidade relacionada ao uso de medicamentos. Uma prática centrada no paciente deve ter como direção o atendimento das necessidades e os desejos do paciente, e não as preferências do profissional, e o respeito às experiências próprias do paciente com medicamentos. Além disso, o paciente deve participar ativamente do seu processo de cuidado e ser parte de uma estreita relação com seu farmacêutico. Essa relação terapêutica deve proporcionar uma troca mutuamente benéfica, na qual o paciente confere autoridade ao farmacêutico e este, por sua vez, oferece ao paciente conhecimento e comprometimento com a melhoria da sua qualidade de vida. A manutenção e o fortalecimento da relação terapêutica permitem a obtenção de resultados positivos durante o acompanhamento e a conseqüente melhora na qualidade de vida do paciente (Hepler & Strand, 1990; Strand et al., 1991; ASHP, 1993; ASHP, 1996; Nies & Spielberg, 1996; Cipolle et al., 1998; Peretta & Ciccía, 2000; Dáder, 2001; Storpirtis et al., 2001; Espanha, 2002; OPAS, 2002; Oliveira, 2003; Reis, 2003; Asadi-Lari et al., 2004; Cipolle et al., 2004; APHA, 2010).

Durante o acompanhamento, sem nunca perder o foco na filosofia da prática, o profissional da Atenção Farmacêutica deve aplicar seu conhecimento e habilidades utilizando o processo lógico, racional e ordenado de tomada de decisões para avaliar o paciente, acessar suas necessidades e identificar seus PFT. O profissional trabalha para garantir que todas as necessidades relacionadas a medicamentos sejam atendidas e todos os PFT prevenidos, identificados e resolvidos. Seu objetivo é garantir que a terapia medica-

mentosa seja indicada, efetiva, segura e conveniente para cada paciente acompanhado (ASHP, 1993; ASHP, 1996; Peretta & Ciccía, 2000; OPAS, 2002; Oliveira, 2003; Reis, 2003; Cipolle et al., 2004; APHA, 2010).

O processo de cuidado ao paciente envolve um encontro face a face entre um profissional qualificado e um paciente. Uma avaliação inicial é realizada durante o primeiro encontro. Ela é conduzida de forma a identificar todas as necessidades farmacoterapêuticas do paciente e qualquer PFT. Avaliando as informações obtidas, um plano de cuidado é elaborado. Este inclui objetivos terapêuticos bem definidos para cada problema de saúde que o paciente apresenta e determina quais intervenções serão recomendadas para resolver os PFT e atingir os objetivos terapêuticos. O paciente deve ser consultado na elaboração do plano e, como parte essencial para obtenção de bons resultados, deve ser devidamente esclarecido sobre seus aspectos principais. Nessa etapa, deve-se assegurar que o paciente tenha todas as informações e conhecimentos necessários para seguir o plano de cuidado estabelecido. Na avaliação de resultados, a última etapa, o profissional e o paciente avaliam se os objetivos terapêuticos foram atingidos, determinando a situação ou melhora da condição do paciente, e registram-se os novos dados experimentados pelo paciente. A partir daí, um novo plano de cuidado é desenvolvido e o processo se repete ciclicamente (Cipolle et al., 2004).

O paradigma do cuidado é a base da Atenção Farmacêutica. Todos os profissionais envolvidos no cuidado do paciente cooperam entre si, visando o benefício do mesmo. O farmacêutico vai cuidar especificamente para que se obtenham os melhores resultados do uso dos medicamentos, mas precisa trabalhar de forma interdependente com médicos, com outros profissionais da saúde e com seus colegas na farmácia, inclusive funcionários e gerentes. Também é imprescindível que ele disponha do tempo necessário para obter as informações relacionadas a farmacoterapia, entender os desejos, preferências, necessidades e expectativas do paciente relacionadas com sua saúde e, além disso, que ele se comprometa a continuar a atenção uma vez iniciada. O comprometimento e a responsabilidade são necessários em tempo integral (Storpirtis et al., 2001; Asadi-Lari et al., 2004; Cipolle et al., 2004).

A primeira atitude do profissional que vai iniciar um programa de Atenção Farmacêutica é identificar outros profissionais com interesse na prática. Deve-se montar um grupo de até seis pessoas, que se encontre pelo menos uma vez a cada três semanas. O objetivo desses encontros será a discussão do processo de implantação do serviço e a apresentação de casos clínicos. Deve-se estabelecer quais atividades serão desenvolvidas e de que forma o serviço será documentado. O próximo passo é conseguir os recursos necessários: pessoal; espaço físico; bibliografia adequada; sistemas de coleta de dados, documentação e transferência de informações; processo eficiente de fluxo de serviços e o comprometimento da equipe envolvida com a qualidade do serviço prestado. Em seguida é fundamental apresentar o serviço para os pacientes e outros profissionais de saúde. Para desenvolver uma prática de sucesso é necessário estabelecer um bom relaci-

onamento com os demais integrantes da equipe multidisciplinar do cuidado à saúde, elaborar um processo para a gestão do serviço e planejar a sua divulgação junto aos usuários e aos outros profissionais. Para garantir a consolidação e expansão do serviço, deve-se coletar evidências de qualidade e de impacto positivo (Storpiritis et al., 2001; APHA, 2010; Bonal, 2002).

Na prática da Atenção Farmacêutica, também é necessário documentar todos os passos do processo de cuidado da prática, essa é uma das regras do cuidado em saúde. A documentação deve ser clara, precisa e completa, registrando a experiência, as necessidades específicas do paciente e as intervenções realizadas. As informações devem ser mantidas sob sigilo e registradas de forma a garantir um fácil acesso e a atualização quando for necessário. A documentação também é útil para avaliar o impacto do serviço (Strand et al., 1988; Peretta & Ciccio, 2000; Dáder, 2001; Bonal, 2002; Cipolle et al., 2004; APHA, 2010).

A prática da Atenção Farmacêutica tem grande impacto positivo para os pacientes ao reduzir erros na utilização de medicamentos, RAM (reações adversas a medicamentos), admissão hospitalar e custo de tratamento, promovendo uma melhor qualidade de vida. Oferece também a possibilidade do paciente participar de decisões terapêuticas, saber mais sobre sua doença, obter maiores informações e, conseqüentemente, cumprir melhor seu tratamento e obter melhores resultados (Zelmer, 2001; Paulos, 2002). Para o farmacêutico, a Atenção Farmacêutica representa uma possibilidade de melhorar a sua imagem, incentivar a educação continuada, recuperar seu papel social e desenvolver a prestação de um serviço de excelência.

A Atenção Farmacêutica contribui para o uso racional de medicamentos, na medida que desenvolve um acompanhamento sistemático da terapia medicamentosa utilizada pelo indivíduo, buscando avaliar a necessidade, a segurança e a efetividade no processo de utilização de medicamentos (Faus & Martinez, 1999). A Atenção Farmacêutica beneficia, ainda, os outros profissionais da saúde, ao melhorar o seu acesso a informação sobre medicamentos e ao auxiliar na detecção de PFT em seus pacientes e na detecção de pacientes sem diagnóstico e/ou tratamento (Paulos, 2002). Além disso, a implantação desta prática profissional também contribui para obtenção de resultados clínicos positivos (Nascimento, 2004; Lyra-Júnior, 2005).

## CONCLUSÃO

Partindo do panorama histórico e atual exposto, a Atenção Farmacêutica é necessária e dirigida a atender uma nova demanda social, sendo portanto, um elemento essencial nos serviços de saúde. Pode acontecer em todos os cenários da prática profissional integrando-se às outras partes do sistema de saúde e com os demais profissionais, e deve ser incentivada.

Fica, então, para os farmacêuticos, o desafio de “fazer o ideal virar realidade” e deixar de ser “entregador” de medicamentos, passando a desempenhar o papel de “dispensador de atenção sanitária”.

## AGRADECIMENTOS

As autoras agradecem às bibliotecárias da Faculdade de Farmácia da UFMG pela disponibilidade e atenção.

## REFERÊNCIAS

- Acurcio FA. Política de medicamentos e assistência farmacêutica no sistema único de saúde. In: \_\_\_\_\_. Medicamentos e Assistência Farmacêutica. Belo Horizonte: COOPMED, 2003. cap. 50, p. 31-60.
- American Pharmacists Association (APHA). Principles of Practice for Pharmaceutical Care. Disponível em: <<http://www.aphanet.org/pharmcare/prinprac.html>>. Acesso em março de 2010.
- American Society of Hospital Pharmacists (ASHP). Draft statement on pharmaceutical care. Am. J. Hosp. Pharm. 50(1): 126-128, 1993.
- American Society of Health-System Pharmacists (ASHP). ASHP guidelines on a standardized method for pharmaceutical care. Am. J. Health Syst. Pharm. 53(14): 1713-1716, 1996.
- Asadi-Lari M, Tamburini M, Gray D. Patient's needs, satisfaction, and health related quality of life: towards a comprehensive model. Health Qual. Life Outcomes. 2(32), 2004.
- Barros JAC. Propaganda de medicamentos – atentado à saúde? São Paulo: Hucitec/Sobravime, 1995. 222 p.
- Bonal J, Alerany C, Bassons T & Gascón P. Farmacia Clínica y Atención Farmacêutica. In: Falgas JB et al. Farmacia Hospitalaria: planificación, organización, gestión e funciones. 3. ed. [s.l.]: Sociedade Espanhola de Farmácia Hospitalar (SEFH), 2002.
- Brasil. Ministério da Saúde. Organização da assistência farmacêutica nos municípios brasileiros: disponibilidade e utilização de medicamentos do SUS. Brasília, DF, 2002. 160 p.
- Brasil. Fundação Oswaldo Cruz. Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas (SINTOX). Estatística anual de casos de intoxicação e envenenamento, Brasil. Rio de Janeiro, RJ, 2009.
- Burlage HM, Burt JB, Lee CO & Rising LW. Fundamental principles and process of pharmacy. New York: McGraw Hill, 1944. 615 p.
- Cipolle RJ, Strand LM & Morley PC. Pharmaceutical care practice. New York: Mc Graw Hill, 1998. 359 p.
- Cipolle RJ, Strand LM & Morley PC. Pharmaceutical care practice: the clinician's guide. 2. ed. New York: Mc Graw Hill, 2004. 394 p.
- Dáder MJF. Introducción práctica a la Atención Farmacêutica. Módulo 2: Introducción a la Atención Farmacêutica. Granada: Universidad de Granada, 2001. 27 p.
- Deno RA, Rowe TD & Brodie DC. The profession of pharmacy – an introductory textbook. Philadelphia: JB

- Lippincott Company, 1959. 256 p.
- Dupuy JP & Karsenty S. A invasão farmacêutica. Rio de Janeiro: Graal, 1974. 269 p.
- Espanha. Ministerio de Sanidad y Consumo. Consenso sobre Atención Farmacéutica. Madrid, ES, 2002. Disponível em: <<http://www.msc.es/profesionales/farmacia/consenso/consenso.htm#indice>> Acesso em dezembro de 2010.
- Farina SS & Romano-Lieber NS. Atenção Farmacêutica em farmácias e drogarias: existe um processo de mudança? Saúde Soc. 18(1): 7-18, 2009.
- Faus MJ & Martinez F. La atención farmacéutica en farmacia comunitaria: evolución de conceptos, necesidades de formación, modalidades y estrategias para su puesta en marcha. Pharm. Care España. 1: 56-61, 1999.
- Filho JR & Batista LM. Perfil da atenção farmacêutica nas farmácias comerciais no município de João Pessoa-PB. Rev. Braz. J. Pharm. 92(3): 137-141, 2011.
- Fontoura C. A profissão e o comércio da farmácia no Brasil. São Paulo: Instituto Medicamenta, 1936. 195 p.
- Funchal-Witzel MDR, Castro LLC, Romano-Lieber NS, Narvai PC. Brazilian scientific production on pharmaceutical care from 1990 to 2009. Braz. J. Pharm. Sci. 47(2): 409-420, 2011.
- Gomes-Júnior MS. ABC da Farmácia. São Paulo: Org. Andrei, 1988. 215 p.
- Hepler CD, Lucarotti RL, Rheder TL, Slotfeld ML. Improving patient-oriented pharmacy services: panel discussion. Am. J. Hosp. Pharm. 42(9): 1950-1956, 1985.
- Hepler CD, Strand LM, Tromp D, Sakolchai S. Critically examining pharmaceutical care. J. Am. Pharm. Assoc. 42(05 sup 1):18-19, 2002.
- Hepler CD & Strand LM. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. Am. J. Hosp. Pharm. 47(3): 533-542, 1990.
- Johnson JA & Bootman LJ. Drug-Related morbidity and mortality: a cost-of-illness model. Arch. Intern. Med. 155(18): 1949-1956, 1995.
- Johnson JA & Bootman LJ. Drug-related morbidity and mortality and the economic impact of pharmaceutical care. Am. J. Health Syst. Pharm. 54(5): 5554-5558, 1997.
- Lyra-Júnior DP. Impacto de um programa de Atenção Farmacêutica no cuidado de um grupo de idosos atendidos na Unidade Básica Distrital de Saúde Dr. Ítalo Baruffi, Ribeirão Preto (SP). 2005. Ribeirão Preto. 156 p. Tese (Doutorado em Ciências Farmacêuticas), Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto.
- Manual del Farmacéutico. Nova York: Mc Graw Hill, 1948. 128 p.
- Nascimento MC. Medicamentos: ameaça ou apoio à saúde? Rio de Janeiro: Vieira & Lent, 2003. 197 p.
- Nascimento YA. Avaliação de resultados de um serviço de Atenção Farmacêutica em Belo Horizonte. 2004. Belo Horizonte. 130 p. Dissertação (Mestrado em Ciências Farmacêuticas), Faculdade de Farmácia, Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte.
- Nies AS & Spielberg SP. Princípios da Terapêutica. In: Hardman JG & Limbird LE. Goodman & Gilman - As bases farmacológicas da terapêutica. 9. ed. Rio de Janeiro: McGraw-Hill, 1996. p. 31-33.
- Oliveira DR. Pharmaceutical care uncovered: an ethnographic study of pharmaceutical care practice. 2003. Mineapolis. 425 p. Tese (Doutorado em Filosofia), Graduate School, University of Minnesota. Mineapolis.
- Organização Mundial da Saúde (OMS). El papel del farmacéutico en la atención a la salud: declaración de Tokio. Ginebra, 1993. 37 p.
- Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica. Atenção Farmacêutica no Brasil: trilhando caminhos - Relatório 2001-2002. Fortaleza, CE, 2002. 46 p.
- Paulos C. Atenção Farmacêutica aplicada: como gerenciar rotinas e informações. São Paulo: Racine, 2002. 94 p.
- Pereira MLP (coord.). Atenção Farmacêutica implantação passo-a-passo. Belo Horizonte: Faculdade de Farmácia, 2005. 104 p.
- Peretta MD & Ciccica G. Reengenharia farmacêutica: guia para implementar a Atenção Farmacêutica. Brasília: Ethosfarma, 2000. 276 p.
- Perini E. A questão do farmacêutico: remédio ou discurso? In: Bonfim JBA & Mercucci VL (Org.). A construção da política de medicamentos. São Paulo: Hucitec/Sobravime, 1997. Apêndice 1. p. 323-334.
- Perini E. Assistência farmacêutica: fundamentos teóricos e conceituais. In: Acurcio FA (Org.) Medicamentos e assistência farmacêutica. Belo Horizonte: COOPMED, 2003. p. 9-30.
- Reis AMM. Atenção Farmacêutica e promoção do uso racional de medicamentos. Revista Espaço para a Saúde. 4(2), 2003. Disponível em: <[www.ccs.vel.br/espacoparasauade/v4n2/doc/atencaoofarma-uso-resumo.html](http://www.ccs.vel.br/espacoparasauade/v4n2/doc/atencaoofarma-uso-resumo.html)>. Acesso em outubro de 2010.
- Rising LW. Pharmacy in a Changing World. In: Burlage HM, Lee CO & Rising LW. Orientation to pharmacy. New York: McGraw Hill, 1959. cap. 2, p. 48-59.
- Simpson D. Pharmaceutical care: the Minnesota model. Pharm. J. 258(6949): 899-904, 1997.
- Storpirtis S, Ribeiro E. & Marcolongo R. Novas diretrizes para a assistência farmacêutica hospitalar: a Atenção Farmacêutica/ farmácia clínica. In: Gomes MJVM & Reis AMM (Org.). Ciências Farmacêuticas – uma abordagem em farmácia hospitalar. São Paulo: Atheneu, 2001. p. 521-533.
- Strand LM. Palestra proferida. In: I Reunião Estendida do

Grupo de Estudos em Atenção Farmacêutica da Faculdade de Farmácia da UFMG (GEAF), 2005, Belo Horizonte.

Strand LM, Cipolle RJ & Morley PC. Documenting the clinical pharmacist's activities: back to basics. *Drug Intell. Clin. Pharm.* 22(1): 63-67, 1988.

Strand LM, Cipolle RJ, Morley PC, Perrier DG. Leves of pharmaceutical care: a needs-based approach. *Am. J. Hosp. Pharm.* 48(3): 547-550, 1991.

Valladão MLF. A profissão e o ensino de farmácia na visão dos novos profissionais mineiros. Belo Horizonte: Faculdade de Farmácia - UFMG. 1981. 28p. Relatório de Pesquisa do Projeto de Apoio ao Desenvolvimento do Ensino Superior (PADES)

Valladão MLF, Celso C, Nunan EA, Prado MAF, Mintz ML, Lopes HJJ. Os (des)Caminhos do ensino de farmácia no Brasil. *Rev. Farm. Bioquim.* 7(n. único): 63-74, 1986.

Zelmer WA. The role of pharmacy organizations in transforming the profession: the case of pharmaceutical care. *Pharm. Hist.* 43(2-3): 75-85, 2001.