

governamentais, do setor privado, dos setores educacionais na concretização destas metas. Mas a mudança tem que começar de dentro para fora.

À Farmácia, no país, o que sobra em números, de egressos, de cursos, de postos de trabalho, falta na responsabilização e na proatividade de muitos farmacêuticos para agir no interesse do paciente e do uso racional de medicamentos. Atuar com o protagonismo que a profissão, com todas as suas dificuldades, nos confere, é o que nos fará, realmente, crescer. Podemos mais.

Referências

1. Sinfar. [acessado 2008 Jan 29]. Disponível em: <http://www.sinfar.org.br/sinfar/imprensa/midia5.asp>
2. Conselho Federal de Farmácia. [acessado 2008 Jan 29]. Disponível em: <http://www.cff.org.br/cff/mostraPagina.asp?codServico=14>
3. Conselho Federal de Farmácia. [acessado 2008 Jan 29]. Disponível em: <http://www.cff.org.br/cff/mostraPagina.asp?codServico=109>
4. Conselho Federal de Farmácia. [acessado 2008 Jan 29]. Disponível em: <http://www.cff.org.br/cff/mostraPagina.asp?codServico=127>
5. Conselho Federal de Farmácia. [acessado 2008 Jan 29]. Disponível em: <http://www.cff.org.br/cff/mostraPagina.asp?codServico=75>
6. Conselho Federal de Farmácia. Resolução n° 261 de 16 de Setembro de 1994. Dispõe sobre responsabilidade técnica. *Diário Oficial da União* 1994; 16 set.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria n° 1.017 de 23 de dezembro de 2002. Estabelece que as Farmácias Hospitalares e/ou dispensários de medicamentos existentes nos Hospitais integrantes do Sistema Único de Saúde deverão funcionar, obrigatoriamente, sob a Responsabilidade Técnica de Profissional Farmacêutico devidamente inscrito no respectivo Conselho Regional de Farmácia. *Diário Oficial da União* 2002; 23 set.
8. Osorio-de-Castro CGS, Castilho SR. *Diagnóstico da Farmácia Hospitalar no Brasil*, vol.1. Rio de Janeiro: ENSP; 2004.
9. Messeder AM, Osorio-de-Castro CGS, Camacho LAB. Projeto Diagnóstico da Farmácia Hospitalar: uma proposta de hierarquização de serviços. *Cad Saúde Pública* 2007; 23:835-844.
10. Conselho Nacional de Saúde. Resolução CNS n° 338 de 06 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. *Diário Oficial da União* 2004; 20 mai.
11. Fitzgerald J, Soler O. A cooperação técnica OPAS/Brasil em assistência farmacêutica: 2004-2007. *Boletim Sobravime* 2007; 52/53:3-8.
12. Bastos CRG. *Tem farmacêutico na farmácia: as percepções dos farmacêuticos sobre seu trabalho nas farmácias comunitárias do Estado do Rio de Janeiro* [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): IMS/UERJ; 2007.

O autor responde

The author replies

Agradeço os comentários do José Augusto, Gun e Cláudia, companheiros antigos da jornada de valorização do uso dos medicamentos no controle de doenças e no combate ao uso comercial dos mesmos.

Estimulada pelos comentários, penso que, dada a enorme importância, dois temas devem ser retomados nas considerações finais: a formação de recursos humanos e a propaganda de medicamentos. Antes, porém, gostaria de assinalar aspectos do contexto.

O medicamento se transformou num dos bens mais valorizados pelo conjunto da nossa sociedade. Nos grandes centros urbanos, ou nos rincões mais isolados, os cidadãos desejam, necessitam e merecem ter cobertura farmacêutica. Há, também, certa consciência de que a eficácia dos medicamentos é inseparável dos seus malefícios, muitas vezes relacionados à própria ação benéfica.

Marca forte do nosso país é a desigualdade de acesso aos meios de cura. Parcela da população não tem acesso sequer aos produtos relacionados na Renome (Relação Nacional de Medicamentos Essenciais). Mas onde há acesso, é comum, também, haver excesso: “medicamentalização”, doenças criadas, uso indiscriminado de produtos. A reversão desse quadro requer pensar um sistema de saúde que seja, de fato, *único*, para todo o território nacional. Um sistema no qual todos os cidadãos tenham igualdade de oportunidades no acesso a medicamentos para prevenir e curar doenças, e para atenuar sintomas, com garantia de segurança.

Ponto-chave na construção desse sistema é a garantia de segurança. É inaceitável expandir a cobertura para populações desassistidas com as distorções hoje existentes no registro, na comercialização e no uso de produtos, e suas consequências em termos de eventos adversos. Há várias estratégias disponíveis para o combate aos danos produzidos pelos medicamentos, sejam eles o resultado, ou não, de erros; seja na atenção ambulatorial ou na hospitalar. É a prescrição eletrônica e os sistemas de alerta, úteis para evitar problemas causados por interações medicamentosas, dosagens inadequadas, alergias não identificadas, letra ilegível e outros¹; é o estímulo à formação em epidemiologia; e são as conhecidas redes de notificação espontânea. Assim, é possível melhorar o sistema de registro de produtos, sen-

do disponíveis apenas aqueles com boa relação benefício *versus* risco; aprimorar a prescrição, a dispensação e o uso de medicamentos; combater os erros nas diversas etapas do tratamento.

A criação de uma **cultura de segurança** é fundamental. Entretanto, há quem considere que a criação de uma **cultura de sistemas** é mais importante ainda, sendo a fragmentação do sistema de saúde o maior obstáculo à segurança do paciente². Levar a sério a idéia de Sistema Único de Saúde requer pensar o conjunto das organizações envolvidas e compartilhar responsabilidades com todos pelas mudanças. Isso significa que cada profissional, estando ele na atenção ao paciente, na gestão ou na pesquisa, deve não apenas melhorar seu conhecimento sobre segurança de fármacos mas, principalmente, implementar novas práticas. Deve colaborar para que sejam superadas as barreiras criadas em função da autonomia dos atos médicos e derrubar os nichos nos quais se isolam os diferentes profissionais de saúde. As estratégias de promoção da segurança do paciente para redução dos riscos associados à farmacoterapia devem ser prioridade nos programas de atenção a saúde, e compromisso permanente do conjunto dos profissionais e das organizações.

Para implementar sistemas que promovam a segurança, é essencial que os membros das organizações de saúde compartilhem incentivos e benefícios por atingir metas pactuadas, mas que sofram penalidades por não o fazer².

É sob essa ótica que penso a formação de recursos humanos.

São evidentes os esforços para capacitação de pessoal, ampliação da participação da sociedade e desenvolvimento de pesquisas, que vêm sendo feitos no campo da vigilância sanitária. Em 2006, 2.625 servidores da Anvisa participaram de eventos de capacitação e dez mil pessoas – profissionais de Vigilância, gestores de saúde, conselheiros e acadêmicos, entre outros – participaram de eventos de discussão do Plano Diretor. No mesmo ano, a agência apoiou dez projetos de pesquisa no campo da farmacovigilância, em hospitais universitários espalhados por vários estados. Criaram-se sistemas sentinela, sistemas de notificação, redes eletrônicas de colaboração ou de informação; disseminaram-se *links* úteis, permitindo, inclusive, ampliar o acesso à literatura científica³.

Esse esforço contrasta com alguns resultados. O número de hospitais na rede sentinela é 188⁴, o que corresponde a menos de 3% dos hospitais no país⁵. O número de farmácias notificadoras é de cerca de 2.600⁶, o que corresponde a 3,5% das 74.189 farmácias e drogarias no país⁷.

Quanto à farmacovigilância – ponte que une a regulação à epidemiologia e confere lógica àquilo que, no passado, pareciam acidentes isolados – embora prevista na legislação brasileira desde 1971, apresenta um volume relativamente minguido de notificações, cuja relação com ações corretivas ou punitivas é desconhecida.

Pensar a farmacovigilância para o Sistema Único de Saúde seria expandir as medidas, até aqui desenvolvidas, para o conjunto das organizações espalhadas pelo país. Entretanto, isso teria custos proibitivos. Com base nos dados do Relatório de 2006³, o custo de cada profissional capacitado foi cerca de setecentos reais, sem inclusão das despesas com passagens e diárias. Por essa razão, antes de ampliar as redes sentinela e de notificação, e o sistema de farmacovigilância, com custos aceitáveis, é preciso responder a questões críticas. Quais os impactos das ações e dos recursos até aqui investidos, em termos de frequência de doenças e de óbitos? Quais os setores sociais beneficiados?

A capacitação de recursos humanos deve, portanto, ser pensada no interior de um plano estratégico, com diretrizes e metas para mudanças no perfil epidemiológico, com prazos e avaliação de resultados. Não é suficiente ter recursos, programar e oferecer oportunidades de capacitação, estimular pesquisas, ainda que com profissionais competentes. O conhecimento isolado da prática do cotidiano dos serviços se perde, é nau sem rumo, corpo sem alma.

Por iniciativa de valorosos profissionais farmacêuticos, houve mudanças nas corporações que, certamente, poderão contribuir de forma expressiva para alterar o panorama de saúde no que se refere à segurança dos pacientes. Além disso, os farmacêuticos têm assumido múltiplas iniciativas nos campos da formação profissional, junto a instituições de ensino e pesquisa. A criação dos Centros de Informação sobre Medicamentos é uma delas, e pode ter papel decisivo na interlocução com os médicos. Potencializar o papel do profissional farmacêutico, de forma a torná-lo cada vez mais proeminente na segurança do uso dos medicamentos, depende do aprofundamento de medidas como: o estímulo à atualização e à reciclagem; o estímulo à pesquisa avaliativa; a criação de boletins para difusão de informação científica e para discussão dos problemas encontrados no cotidiano da assistência; o compartilhamento com o médico da responsabilidade pela atenção ao paciente.

Quanto à questão da propaganda de medicamentos, não há qualquer razão técnica para a sua

existência; ela só se justifica pelos interesses comerciais de diferentes fabricantes que disputam o mesmo mercado de produtos de marca. Apesar de a legislação nacional prever, desde a década de 1970, autorização prévia à sua veiculação (por meio da Lei nº 6.360/1976, Art. 58, e do Decreto nº 79.094/77, Art. 118) nos últimos oito anos, desde a criação da Anvisa, pouco se avançou.

Há dois anos, a proposta da Agência para reformular o modelo de regulamentação da propaganda vem transitando em consulta pública. Em recente reunião para apresentar o consolidado das sugestões recebidas, nenhuma das dezoito propostas subscritas por doze instituições e 146 profissionais de saúde foi incorporada. Entre os participantes, Álvaro Nascimento e José Rubens A. Bonfim registraram críticas contundentes à paralisação do debate durante o longo período de consulta; ao fato de serem mantidas em sigilo as propostas recebidas; e à inexistência de justificativa para a não incorporação das propostas⁸. Entre as medidas propostas, está a proibição da propaganda de medicamentos para o grande público, única forma de coibir abusos, desde que acompanhada de fiscalização eficaz.

Finalmente, as mudanças necessárias devem contemplar não apenas a formação técnica das pessoas, mas também as rotinas e as condições de trabalho, assim como a estrutura das unidades de saúde. As ações sobre cada uma dessas dimensões devem ser articuladas entre si, e voltadas para metas de mudança nos indicadores de saúde. É preciso evitar políticas focais e focalizar políticas gerais.

Referências

1. Tierney WM. Adverse outpatient drug events – a problem and an opportunity. *N Engl J Med* 2003; 348(16):1587-1589.
2. Shortell S, Singer SJ. Improving patient safety by taking systems seriously. *Jama* 2008; 299(4):445-447.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Relatório de Atividades. [acessado 2008 Jan 31]. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/hotsite/relatorio_atividades_06/relatorio_completo.pdf
4. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. [acessado 2008 Jan 31]. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/farmacovigilancia/oficinas/mapa/mapa.htm>
5. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sus. [acessado 2008 Jan 31]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/>
6. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. [acessado 2008 Jan 31]. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/divulga/noticias/2007/100707.htm>
7. Conselho Federal de Farmácia. [acessado 2008 Fev 11]. Disponível em <http://www.cff.org.br>
8. Conselho Regional de Farmácia do Estado do Rio de Janeiro. O controle da propagandaterapia. *Revista Riopharma* 2007; 80:3.