



PRÁTICAS VIVENCIADAS EM SAÚDE PÚBLICA:

EXPERIÊNCIAS DO PROGRAMA DE EDUCAÇÃO TUTORIAL - PET FARMÁCIA UEPB

*Maria do Socorro Ramos de Queiroz
e colaboradores*



2021



UEPB



PRÁTICAS VIVENCIADAS EM SAÚDE PÚBLICA:

EXPERIÊNCIAS DO PROGRAMA DE EDUCAÇÃO TUTORIAL - PET FARMÁCIA UEPB

*Maria do Socorro Ramos de Queiroz
e colaboradores*



2021



UEPB



2021 by Editora e-Publicar
Copyright © Editora e-Publicar
Copyright do Texto © 2021 Os autores
Copyright da Edição © 2021 Editora e-Publicar
Direitos para esta edição cedidos à Editora e-Publicar pelos autores.

Universidade Estadual da Paraíba - UEPB
Departamento de Farmácia
Campus I – Campina Grande - PB
Tutora: Profª Dra Maria do Socorro Ramos de Queiroz
Programa de Educação Tutorial

Editora Chefe

Patrícia Gonçalves de Freitas

Editor

Roger Goulart Mello

Diagramação

Roger Goulart Mello

Projeto gráfico e Edição de Arte

Patrícia Gonçalves de Freitas

Arte da Capa

Ivania Alves Guedes

Comissão Editorial

Profª Dra Maria do Socorro Ramos de Queiroz

Comissão Técnico Administrativa

Profª Dra Maria do Socorro Ramos de Queiroz

Revisão

Os Autores

Apoio

Ministério da Educação e Cultura/Secretária do Ensino Superior MEC/SISU





2021 by Editora e-Publicar
Copyright © Editora e-Publicar
Copyright do Texto © 2021 Os autores
Copyright da Edição © 2021 Editora e-Publicar
Direitos para esta edição cedidos à Editora e-Publicar pelos autores.

Universidade Estadual da Paraíba - UEPB
Departamento de Farmácia
Campus I – Campina Grande - PB
Tutora: Prof^a Dra Maria do Socorro Ramos de Queiroz
Programa de Educação Tutorial

Apoio

Ministério da Educação e Cultura/Secretária do Ensino Superior MEC/SISU

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)

P912 Práticas vivenciadas em saúde pública [livro eletrônico] :
Experiências do Programa de Educação Tutorial – PET Farmácia
UEPB / Organizadora Maria do Socorro Ramos de Queiroz. – Rio
de Janeiro, RJ: e-Publicar, 2020.

Formato: PDF
Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader
Modo de acesso: World Wide Web
ISBN 978-65-89340-18-8

1. Farmácia – Estudo e ensino. 2. Programa de Educação
Tutorial - Universidade Estadual da Paraíba. I. Queiroz, Maria do
Socorro Ramos de, 1964-.

CDD 615

Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422

Editora e-Publicar
Rio de Janeiro – RJ – Brasil
contato@editorapublicar.com.br
www.editorapublicar.com.br



2021

APRESENTAÇÃO

O Programa de Educação Tutorial (PET) foi criado para apoiar atividades acadêmicas que integram ensino, pesquisa e extensão, em caráter extracurricular, que complementem a formação acadêmica do estudante e atendam às necessidades do próprio curso de graduação. Tem como principal objetivo garantir aos alunos oportunidades de vivenciar experiências não presentes em estruturas curriculares convencionais visando a sua formação global e acadêmica, de modo a contribuir para a constituição pessoa humana, membro atuante da sociedade.

O PET se organiza academicamente mediante a constituição de grupos de estudantes em nível de graduação sob a orientação de um professor tutor. O PET é vinculado ao Ministério de Educação e Cultura/Secretaria de Educação Superior (MEC/SESu), subvencionado pelo Fundo Nacional do Desenvolvimento da Educação (FNDE) no que tange ao pagamento das bolsas de estudo responsável pelo provimento dos recursos para o custeio das atividades do grupo. Na Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), foi implantado em 2011, através do Edital nº 9, de 30 de julho de 2010, MEC/SESU/SECADE e está vinculado a Pró Reitoria de Graduação (PROGRAD). A iniciativa foi da Profa. Dra. Maria do Socorro Ramos de Queiroz, docente do Departamento de Farmácia com o grupo temático “Assistência Farmacêutica”. Intitulado PET FARMÁCIA UEPB, tem como principal objetivo proporcionar aos acadêmicos do curso de Farmácia, a possibilidade de aprofundamento em conhecimentos e experiências relacionados à Saúde Coletiva, Saúde Pública e Assistência Farmacêutica, com o propósito de que venham a contribuir na melhoria da qualidade do ensino do curso e na formação de profissionais críticos e comprometidos com a emancipação do homem e da sociedade.

Baseado nesse objetivo e na própria filosofia do Programa, o grupo realiza atividades de ensino (formação do bolsista e contribuição para melhoria da graduação), pesquisa e extensão, a saber:

O **Ensino** é um fator de grande peso na tríade petiana, sendo exercido de forma ampla pelos membros do grupo, estando sempre presente no planejamento das atividades junto a coordenação do curso de Farmácia. Dentre os atuais projetos, merece destaque a Semana de Farmácia, Recepção aos Feras, Seminários Acadêmicos, Jornada Farmacêutica, informativos on line e Mostra de Trabalhos Acadêmicos.

A **Extensão** universitária é uma forma de interação que deve existir entre a universidade e a comunidade na qual está inserida. É uma espécie de via de mão dupla permanente entre a universidade e os diversos setores da sociedade. Através da extensão, a universidade influencia

e também é influenciada pela comunidade, possibilitando uma troca de valores e conhecimentos entre a universidade e o meio social. É na extensão que os universitários vão vivenciar e refletir sobre os conceitos e teorias aprendidas nas atividades de ensino, consolidando e complementando o aprendizado com a sua aplicação. Corresponde a atividade de maior atuação do PET FARMÁCIA UEPB, desenvolvendo ações com gestantes, hipertensos e/ou diabéticos e também nas Farmácias Básicas.

A **Pesquisa** é outro ramo de atividades do PET que cumpri o estabelecido pelo Manual do PET, os alunos bolsistas (com seus respectivos orientadores) procuram atuar como agentes multiplicadores do conhecimento, integrando a pesquisa aos ramos do ensino e à extensão, e completando assim os objetivos que formam a tríade petiana. Além da pesquisa individual que cada petiano deve desenvolver anualmente, o programa oferece a possibilidade de investigações em pequenos e grandes grupos. Assim, os integrantes do grupo, orientados por professores colaboradores do Programa, buscam aprofundamento nas mais diversas áreas que o curso oferece durante a graduação. Através do contato e produção de pesquisas, os petianos têm uma visão do valor e da contribuição acadêmica que esta atividade pode desenvolver. O bolsista decide as linhas de pesquisa que deseja seguir e o maior resultado dessa abordagem é, com certeza, a grande variedade de áreas nas quais se incluem as produções dos petianos.

Bem-vindos à leitura da primeira série do e-book Práticas vivenciadas em Saúde Pública: experiências do Programa de Educação Tutorial – PET FARMÁCIA UEPB.

Maria do Socorro Ramos de Queiroz
TUTORA PET FARMÁCIA UEPB

Sumário

CAPÍTULO 1.....	10
PROGRAMA DE EDUCAÇÃO TUTORIAL: HISTÓRICO, AVANÇOS E CONQUISTAS	10
	Maria Luísa de Sá Vieira Ingrid Costa Santos Maria Fátima Gonçalves de Araújo Maria do Socorro Ramos de Queiroz
CAPÍTULO 2.....	14
EXPERIÊNCIAS DA SELEÇÃO PARA O PET FARMÁCIA- UEPB.....	14
	Alessandra de Souza Silva Cadmó Vinícius Lopes Rêgo Daiana Mendes Félix Thayse Maria Barbosa Soares
CAPÍTULO 3.....	16
VIVÊNCIA NO PROGRAMA DE EDUCAÇÃO TUTORIAL DE FARMÁCIA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIAS	16
	Ingrid Costa Santos Maria Luísa de Sá Vieira Monalisa Ferreira de Lucena
CAPÍTULO 4.....	22
ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA (AF)	22
	Anna Júlia de Souza Freitas Dayverson Luan de Araújo Guimarães Luana da Silva Noblat Maria do Socorro Ramos de Queiroz
CAPÍTULO 5.....	26
O FARMACÊUTICO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	26
	Maria do Socorro Ramos de Queiroz
CAPÍTULO 6.....	29
PERFIL DOS FARMACÊUTICOS ATUANTES NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE-PB.....	29
	Renata Oliveira Nóbrega da Silva Isabela Motta Felício Maria do Socorro Ramos de Queiroz

CAPÍTULO 7.....	40
ADESÃO TERAPÊUTICA DE PACIENTES PORTADORES DE HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA E/OU DIABETES MELLITUS	40
	Daiana Mendes Félix Ingrid Costa Santos Anna Júlia de Souza Freitas Dayverson Luan de Araújo Guimarães Maria Luisa de Sá Vieira Maria do Socorro Ramos de Queiroz
CAPÍTULO 8.....	52
ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL FARMACÊUTICO NA SAÚDE COLETIVA.....	52
	Maria do Socorro Ramos de Queiroz
CAPÍTULO 9.....	57
PET FARMÁCIA UEPB E AS ATIVIDADES EXTENSIONISTAS ATRAVÉS DAS CAMPANHAS DE PROMOÇÃO A SAÚDE	57
	Alícia Santos de Moura Ivania Alves Guedes Lethycia da Silva Barros Brunna Emanuely Guedes de Oliveira Fábio Emanuel Pachú Cavalcante Maria do Socorro Ramos de Queiroz
CAPÍTULO 10.....	63
O FARMACÊUTICO E A HANSENÍASE: O QUE FAZER?	63
	Isabela Motta Felício Renata Oliveira Nóbrega da Silva Maria do Socorro Ramos de Queiroz
CAPÍTULO 11.....	71
AVALIAÇÃO DO NÍVEL SÉRICO DO ANTÍGENO PROSTÁTICO ESPECÍFICO: UMA CAMPANHA QUE FORTALECEU O PROGRAMA SAÚDE DO HOMEM.....	71
	Layla Maria Neves dos Santos Ingrid Costa Santos Brunna Emanuely Guedes de Oliveira Maria Luisa de Sá Vieira Yann Matheus Cândido de Queiroz Maria do Socorro Ramos de Queiroz



CAPÍTULO 1

PROGRAMA DE EDUCAÇÃO TUTORIAL: HISTÓRICO, AVANÇOS E CONQUISTAS

Maria Luísa de Sá Vieira
Ingrid Costa Santos
Maria Fátima Gonçalves de Araújo
Maria do Socorro Ramos de Queiroz

O Programa de Educação Tutorial (PET) é direcionado a alunos de graduação, selecionados pelas Instituições de Ensino Superior em que estão matriculados. O PET foi criado para apoiar atividades acadêmicas pelo princípio da indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão e da educação tutorial. Propicia aos alunos participantes, sob a orientação de um tutor, a realização de atividades extracurriculares que complementam a formação acadêmica do estudante e atendam às necessidades do próprio curso de graduação.

O Programa Especial de Treinamento (PET) assim inicialmente denominado em 1979, foi fundado pelo professor Dr. Cláudio de Moura Castro junto a Coordenação de aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior– (CAPES), posteriormente em 1999 foi transferido para a Secretaria de Educação Superior do Ministério da Educação, portanto na responsabilidade do Departamento de Modernização e Programas da Educação Superior (DEPEM). Por último em 2004 recebeu sua nova e atual denominação como Programa de Educação Tutorial.

Os principais objetivos do programa de acordo com a portaria MEC nº 976 de 27 de julho de 2010, artigo 2º, são:

- Desenvolver atividades acadêmicas em padrões de qualidade de excelência, mediante grupos de aprendizagem tutorial de natureza coletiva e interdisciplinar;
- Contribuir para a elevação da qualidade da formação acadêmica dos alunos de graduação;
- Estimular a formação de profissionais e docentes de elevada qualificação técnica, científica, tecnológica e acadêmica;
- Formular novas estratégias de desenvolvimento e modernização do ensino superior no país;
- Estimular o espírito crítico, bem como a atuação profissional pautada pela cidadania e pela função social da educação superior.



O programa é guiado pelo Manual de Orientações Básicas do PET, o qual regulamenta a participação dos grupos com doze bolsistas, proporcionando bolsas de valor equivalente à Política Nacional de Bolsas de Iniciação Científica, institui a elaboração semestral do relatório e do plano de atividades de cada grupo, que seriam enviados à pró-reitoria responsável, bem como à CAPES. O manual também dispõe sobre a concepção filosófica, objetivos e características gerais do programa, sua estrutura e atribuições, os requisitos e procedimentos para ingresso no PET, atividades, acompanhamento e avaliação do programa, e por fim, os benefícios do mesmo.

São realizados três eventos com o intuito de debater questões relacionadas ao PET, o primeiro é o encontro estadual, os chamados fóruns, o segundo em âmbito regional (Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul) nomeados de Encontros Regionais de Grupos PET (ENEPET) e o terceiro a nível nacional o Encontros Nacionais de Grupos PET (ENAPET), fórum máximo de discussões do programa. A Comissão Executiva Nacional do PET (CENAPET), oriunda do ENAPET, é composta por tutores e bolsistas, possuindo como função principal defender as resoluções aprovadas em assembleia geral.

Assim como outros projetos, o PET passou por períodos de mudanças e dificuldades sendo organizado por fases. Dessen (1995) dividiu o histórico do Programa, desde 1979 até 1994, em quatro fases, mas Müller (2003) acrescentou mais duas, a partir de 1995. Os marcos principais de cada fase e o seu período de duração pode ser observado no Quadro 1:

Quadro 1: Fases de desenvolvimento do PET, com seus respectivos períodos e marcos principais.

Fase	Período	Ocorrido
Primeira fase (Experimental)	1979-1985	<ul style="list-style-type: none">• O convite era feito aos professores que se interessavam pelas características do programa, e as universidades escolhidas eram aquelas em que os centros de pós-graduação e pesquisa estavam em pleno desenvolvimento.• A falta de acompanhamento e comunicação entre os grupos PET e a CAPES favoreceu na desestruturação de grupos e perda da filosofia própria do programa.
Segunda fase (Institucionalização)	1986-1989	<ul style="list-style-type: none">• Foi marcada pelos documentos de orientações básicas de 1987 e 1988.• As IES adotariam o gerenciamento do programa juntamente com a CAPES, e foi determinado que fosse



		realizado um relatório e um plano de atividades pelos grupos PET.
Terceira fase (Expansão desordenada)	1990-1992	<ul style="list-style-type: none">• Ampliação quantitativa do número de grupos.• A CAPES passou a ter dificuldades em seu gerenciamento.• Confecção do Manual de orientações básicas PET-1991/1992 o qual limitou a permanência dos bolsistas entre dois e quatro anos; sugeria que o bolsista não tivesse mais do que 22 anos ao entrar no programa; os relatórios e os planos de atividades passaram a serem cobrados anualmente.
Quarta fase (Consolidação)	1993-1994	<ul style="list-style-type: none">• Reorganização do Programa, reativação das coordenações de área, desativação de grupos considerados de desempenho insuficiente e implantação de novos grupos.• Elaboração de Manual do Programa para 1995.
Quinta fase (Desestruturação interna)	1995-1997	<ul style="list-style-type: none">• Lançado o Manual de orientações básicas PET-1995.• A CAPES começou uma desestruturação do programa afirmando que tratava de ser um programa elitista que não causava um devido impacto na graduação.
Sexta fase (Articulação do movimento)	1998-2010	<ul style="list-style-type: none">• A desestruturação passou a ser externada, ensejando a articulação do Movimento em Defesa do PET.

Fonte: DESSEN, 1995.

Segundo o MEC o grupo PET, uma vez criado, mantém suas atividades por tempo indeterminado. No entanto, os seus membros possuem um tempo máximo de vínculo. Ao bolsista de graduação é permitida a permanência até o término do curso e, ao tutor, por um período de, no máximo, seis anos, desde que obedecidas às normas do Programa.

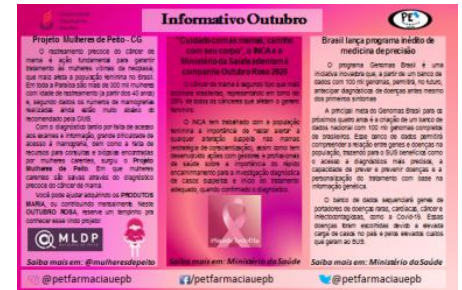
O PET encontra-se bem estruturado e é sinônimo de qualidade, organização, agilidade e competência, contando inclusive com uma lista de discussão na internet que facilita a articulação dos grupos de diversas Instituição de Ensino Superior (IES) do país. Segundo o MEC no Brasil existem 842 grupos adastrados e distribuídos entre 121 IES.

O PET FARMÁCIA UEPB

O PET Farmácia UEPB foi implantado no Departamento de Farmácia da Universidade Estadual da Paraíba – UEPB em 2010, aprovado através do Edital nº 9, de 30 de julho de 2010, MEC/SESU/SECADE e está vinculado a Pró-Reitoria de Graduação (PROGRAD), com o



grupo temático “Assistência Farmacêutica”. É denominado PET- Farmácia com ampla atuação nas áreas de ensino, pesquisa e extensão, sendo formado por 12 estudantes bolsista e coordenado pelos docentes Dra. Maria do Socorro Ramos de Queiroz e Dr. Harley da Silva Alves.



No setor de ensino o PET-Farmácia atua promovendo seminários mensalmente, durante o período letivo, no Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, proporcionando uma integração entre o Programa e a Graduação. Realiza também semestralmente a recepção a feras, mensalmente são elaborados informativos online com temas que abordam assuntos atuais relacionados à profissão farmacêutica.

REFERÊNCIAS

DESSEN, M. A. O Programa especial de treinamento – PET: evolução e perspectivas futuras. In: **Didática**, São Paulo, 1995, p.27-79.

MULLER, A. **Qualidade no ensino superior: a luta em defesa do programa especial de treinamento**. Rio de Janeiro: Garamond, 2003.

MEC, Ministério da Educação e Cultura. Portaria nº 976, de 27 de julho de 2010. Rege as atividades do PET em âmbito nacional. **Diário Oficial da União**. Seção 1, p. 41-42, nº 212, quinta-feira, 31 de outubro de 2013.



CAPÍTULO 2

EXPERIÊNCIAS DA SELEÇÃO PARA O PET FARMÁCIA- UEPB

Alessandra de Souza Silva
Cadmo Vinícius Lopes Rêgo
Daiana Mendes Félix
Thayse Maria Barbosa Soares

Antes de entrarmos na universidade ouvíamos falar da importância de um aluno universitário se engajar em projetos que a mesma os proporcionassem. E também de como é importante além do cumprimento de todos os componentes curriculares aliciar a projetos de extensão, pesquisa e ensino, ou seja, adquirindo conhecimentos além da teoria, mas para qualquer aluno recém-chegado, enxergar a universidade como um mundo totalmente diferente daquilo que vivenciava no ensino médio.

O PET Farmácia da Universidade Estadual da Paraíba que possui como pilares o ensino, a pesquisa e a extensão logo no início do curso, nos primeiros dias de aula fez uma excelente recepção para nós alunos que estávamos ingressando na universidade. Durante a recepção foi abordado diversos temas relacionados ao curso e uma pequena apresentação das ações desenvolvidas pelo projeto. Mediante todo o desempenho dos petianos ao decorrer da apresentação foi despertando o interesse em participarmos do projeto, pois através das atividades mostradas por toda a equipe foi capaz de avivar a certeza que estávamos realmente no curso certo.

Ao decorrer dos primeiros semestres do curso foi ficando ainda mais nítido a importância que o PET Farmácia tem para universidade, e como ele soma não só para o curso de Farmácia Generalista, mas também para todo o Centro de Ciências Biológicas e da Saúde através de uma das suas atividades que é o ensino, promovendo a organização de eventos como palestras, workshops, jornadas e congressos que são responsáveis por integrar toda a comunidade acadêmica, contribuindo para o conhecimento tanto dos discentes como também dos docentes da instituição.



Desta forma, quando estávamos cursando o terceiro período surgiu a oportunidade de participar da seleção para o projeto, realizamos a inscrição e todas as etapas da seleção. Após a divulgação dos resultados, fomos um dos alunos classificados e selecionados.

Como mencionado anteriormente uma das atividades que o PET desenvolve é o ensino, que busca a disseminação do conhecimento científico. Realizamos os Ciclos de Seminários para os discentes do curso de Farmácia, através de apresentação de temas de grande relevância para a área farmacêutica, bem como apresentações referentes a classes de medicamentos, a divulgação das campanhas de saúde desenvolvidas pelo Ministério da Saúde. Essas informações extracurriculares são extremamente úteis para complementar a formação acadêmica dos estudantes. Outra atividade desenvolvida são os projetos de extensão, que por meio deste é possível prestar serviços farmacêuticos a comunidade, promovendo uma melhora na qualidade de vida do paciente. E por fim, outra atividade desenvolvida é a pesquisa que pode ser de caráter experimental, pesquisa em campo ou até mesmo análise documental.

Um dos principais fatores que nos levaram a escolher o PET foi a diversidade de ações desenvolvidas pelos alunos participantes que englobam a pesquisa, extensão e ensino. Essa tríade faz com que os alunos adquiram experiência e conhecimento, fortalecendo, dessa forma, a qualidade da graduação. Além do conhecimento adquirido, as atividades desenvolvidas fazem com que os alunos tenham um maior contato com o usuário e com outros profissionais, e isso é capaz de formar um profissional mais humanizado no atendimento.



CAPÍTULO 3

VIVÊNCIA NO PROGRAMA DE EDUCAÇÃO TUTORIAL DE FARMÁCIA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIAS

Ingrid Costa Santos
Maria Luísa de Sá Vieira
Monalisa Ferreira de Lucena

INTRODUÇÃO

A Atenção Básica à Saúde (ABS) considerada como porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS) é caracterizada por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde, com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e de autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2011).

A Assistência Farmacêutica (AF) desempenha uma função importante na Atenção Básica à Saúde (ABS), pois apresenta como objetivos principais a garantia da necessária segurança, da eficácia e da qualidade dos medicamentos; a promoção do uso racional dos medicamentos; e o acesso da população aos medicamentos considerados essenciais (BRASIL, 2014).

A inclusão da Assistência Farmacêutica (AF) como Políticas Públicas do Brasil, fez com que a mesma não tivesse como foco principal só o medicamento, mas também o cuidado com as pessoas. Apresentando, portanto, componentes de natureza técnica, científica, de inovação tecnológica e operativa, tendo como objetivo a relação com o usuário, de forma organizada e que atenda as necessidades e as finalidades dos serviços de saúde (BRASIL, 2012).

Dentre as competências da Assistência Farmacêutica (AF), destaca-se o serviço de clínica farmacêutica que abrange ações assistenciais nos pontos de atenção à saúde, ofertada por meio de atendimento individual ou compartilhada com a equipe de saúde. Essas ações assistenciais podem incluir a dispensação de medicamentos, a orientação terapêutica ao usuário, o acompanhamento farmacoterapêutico, a revisão da farmacoterapia, a conciliação dos medicamentos e a avaliação e promoção da adesão terapêutica (CORRER; OTUKI, 2013).



A nova formulação da Assistência Farmacêutica (AF) requer profissionais qualificados e que estejam preparados para essa nova atuação do profissional farmacêutico, sendo que essa formação deve ter início no ambiente acadêmico. No cenário mundial, à reorientação da formação profissional em saúde, recomenda a inserção precoce dos estudantes das graduações de saúde na rede pública, principalmente nas redes de Atenção Básica à Saúde (ABS), de forma a concretizar os princípios de integralidade, equidade e participação social proposto pelo Sistema Único de Saúde (SUS) (FERREIRA; FOSTER; SANTOS, 2012).

Nessa direção, com o Manual de Orientações Básicas, o Programa de Educação Tutorial tem como objetivo promover a formação ampla e de qualidade acadêmica dos alunos de graduação direta ou indiretamente com o programa, estimulando a fixação de valores que reforcem a cidadania e a consciência social de todos os participantes e a melhoria dos cursos de graduação (BRASIL, 2006). O programa atua na tríade Ensino, Pesquisa e Extensão, visando suprir as necessidades do país, nas diversas áreas do conhecimento científico e tecnológico (MEDEIROS JUNIOR; SILVA, 2015).

O PET foi implantado no Departamento de Farmácia da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) em 2010, como grupo temático “Assistência Farmacêutica” e desde então desenvolve atividades nessa área contemplando a tríade do programa e propiciando ao “petiano” uma formação diferenciada.

Sendo assim, o presente estudo teve como objetivo compartilhar as experiências vivenciadas por três petianas, bem como o quão o programa contribuiu na formação acadêmica e profissional das mesmas.

METODOLOGIA

Tratou-se de um relato de experiência sobre a participação no Programa de Educação Tutorial de Farmácia da Universidade Estadual da Paraíba. O estudo caracterizou-se por uma abordagem descritiva e qualitativa que contemplou um conjunto de ações vivenciadas no âmbito acadêmico e que contribuiu com o futuro profissional de cada participante.

O estudo foi baseado em ações realizadas por três petianas de farmácia durante o período de janeiro de 2017 a dezembro de 2019. Para uma melhor didática do estudo, o mesmo foi organizado de acordo com as ações desenvolvidas em cada pilar do programa: ensino, pesquisa e extensão.



VIVÊNCIAS NO ENSINO

A recepção a feras era uma atividade realizada pelo PET de forma semestral junto a coordenação do curso de Farmácia da Universidade Estadual da Paraíba, onde fazíamos uma apresentação para os alunos de como era a administração da instituição, atribuições de cada setor, como ter acesso a biblioteca da instituição, entre outras informações.

Esse primeiro contato com os alunos foi bastante importante para eles pois como essa experiência é de aluno para aluno, eles se sentem mais a vontade em nos procurar caso necessitem de alguma outra informação e assim nós conseguimos fazer um bom acolhimento desses feras.

Outra atividade foi os Ciclos de Seminários que realizávamos mensalmente, em dupla de petianos e abordava vários temas tendo como participantes alunos do curso de farmácia. Essa prática fazia com que nós estudássemos bastante e com isso aprofundássemos nossos conhecimentos naquela área para que tivéssemos respaldo para realizar essa apresentação, sendo assim, os benefícios eram inúmeros tanto para nós, pois tínhamos que estudar os assuntos mais profundamente, como também para os alunos que iam assistir, pois adquiriam novos conhecimentos acerca de diversos temas.

Os informativos online eram elaborados mensalmente com temas importantes e atuais para a nossa profissão. Esse informativo era enviado através de e-mail para os discentes e docentes do curso, com a finalidade de informar sobre as novidades do mundo farmacêutico ou até mesmo sanar dúvidas acerca de alguns temas.

Ainda no âmbito do ensino realizávamos eventos acadêmicos como: Jornadas Farmacêuticas e Encontro das Clínicas e Laboratórios do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, esses foram desenvolvidos junto com a coordenação do curso de Farmácia. Essa atividade nos permitiu a experiência de organizar eventos acadêmicos, atribuição importante, visto que na saúde é importante a organização de eventos para educação em saúde.

VIVÊNCIAS NA EXTENSÃO

Ao ingressar no PET atuamos no projeto de extensão PROATENFAR que era projeto desenvolvido na Estratégia Saúde da Família (ESF) no distrito de Galante em Campina Grande—PB. Aconteciam semanalmente atendimentos de cuidados farmacêuticos através de grupos de pacientes atendidos pelo HIPERDIA, que é o Programa de Hipertensão Arterial Sistêmica e



Diabetes *Mellitus*. Nesses grupos eram realizados o acolhimento desses pacientes com procedimentos de aferição da pressão arterial sistêmica, testes glicêmicos em pacientes diabéticos, avaliação antropométrica através da medida da circunferência abdominal, pesagem, abordagem de um tema de interesse dos pacientes e no final a dispensação dos medicamentos para o uso em 30 dias, data esta em que o paciente retornava ao novo encontro.

Nesse primeiro ano foi tudo muito intenso e de bastante aprendizagem, a começar pelas técnicas de aferir pressão e teste de glicemia capilar. O desenvolvimento de fala e comportamento durante as palestras também foi outro ponto positivo. Estudar sobre os medicamentos para poder dispensá-los da forma correta, orientando os pacientes sobre o uso correto dos medicamentos foi algo de grande importância para eles e outro ponto bastante importante para nós.

Após aproximadamente 1 ano, mudamos o nosso lugar de atuação para a Estratégia Saúde da Família Bonald Filho situada no bairro do Monte Santo em Campina Grande – PB. Nesse espaço foram formados novos grupos de HIPERDIA para que os pacientes fossem atendidos pelo programa Ser Cuidado, onde as tarefas desenvolvidas eram semelhantes às desenvolvidas no distrito de Galante.

Outra atividade desenvolvida na extensão eram campanhas de conscientização realizadas em alguns meses do ano na qual passávamos nas salas de aulas do curso para orientar e passando algumas informações da campanha tanto para os alunos diretamente, como para que eles pudessem também repassar as informações recebidas.

Outro trabalho de extensão foi o Acondicionamento de medicamentos: orientações a pacientes que fazem uso contínuo de fármacos. Esse trabalho é feito junto a outra atividade também desenvolvida, “as visitas domiciliares”, onde fazíamos atendimento aos pacientes que não podiam se deslocar até a Estratégia Saúde da Família (ESF). Esses pacientes recebiam o mesmo atendimento que os demais (aferição de pressão, teste glicêmicos, controle de peso e medição da circunferência abdominal) e também era feita a orientação do acondicionamento dos seus medicamentos, orientações de uso e verificação do prazo de validade.

A extensão é sem dúvidas a de maior recompensa para nós, pois é através desses projetos desenvolvidos que podemos ajudar diretamente os pacientes e receber a gratidão deles por esse cuidado é algo que não tem preço. Com certeza foram as melhores experiências vivenciadas durante a nossa graduação e que sentiremos muitas saudades.



VIVÊNCIAS NA PESQUISA

Ao entrar no PET o petiano tem a possibilidade de desenvolver atividades de pesquisa, que podem ser de caráter experimental, pesquisa de campo ou documental com a finalidade de enriquecer o currículo do aluno e ajuda-lo a ingressar em programas de pós-graduação. O PET Farmácia trabalha com algumas linhas de pesquisa que colaboram para os temas que são desenvolvidos nos projetos ou artigos como o estudo do medicamento, assistência farmacêutica, serviços farmacêuticos, saúde pública e distúrbios metabólicos.

A partir dos projetos de extensão que são desenvolvidos obtivemos dados que são imprescindíveis. Podemos ver como uma troca, onde prestamos assistência aos pacientes e através de autorização do Comitê de Ética em Pesquisa de Seres Humanos utilizamos os dados para publicação.

Nos últimos anos foram desenvolvidos projetos de pesquisa que contribuíram tanto para a sociedade representada pelos pacientes quanto para os alunos, pois possibilitou a apresentação de artigos em congressos regionais, nacionais e internacionais, além da publicação em revistas. Dentre eles podemos citar os projetos de pesquisa: Avaliação da infecção do trato urinário em gestantes: incidência e acompanhamento farmacoterapêutico e Avaliação da Síndrome Metabólica em usuários da estratégia de saúde da família: desafios e contribuições na redução dos fatores de risco cardiovasculares.

Desta forma, o PET Farmácia através dos projetos de pesquisas e do compromisso com pacientes nos projetos de extensão nos proporcionou a possibilidade de desenvolver publicações a nível regional, nacional e internacional com a finalidade de propagar o trabalho do PET Farmácia e seu comprometimento com as três vertentes que o engloba, contribuindo assim, através das pesquisas com a sociedade, em busca de uma melhor qualidade de vida.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante das vivências relatadas nesse estudo, destaca-se a importância e relevância que o PET-Farmácia tem na formação de cada discente que por ele passa. O PET proporciona o crescimento em todos os aspectos acadêmicos, que refletem na vida pós-academia. Além de propiciar a integração dos eixos ensino, serviço e comunidade, permitindo ao discente vivenciar na prática o funcionamento do sistema público de saúde e como contribuir através de seus serviços com a melhoria da qualidade de vida dos indivíduos.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL, Ministério da Educação. Secretaria de Educação Superior. **Manual de Orientações Básicas** – Programa de Educação Tutorial. Brasília, 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 21 outubro 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. **A assistência farmacêutica nas Redes de Atenção à Saúde do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde. 25p, 2012. Documento técnico apresentado ao DAF/SCTIE/MS, não publicado na íntegra.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Serviços Farmacêuticos na Atenção Básica à Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, caderno n. 1. 108p, 2014.

CORRER, C. J.; OTUKI, M. F. **A prática farmacêutica na farmácia comunitária**. Porto Alegre: Artmed, 2013.

FERREIRA, J. B. B.; FORSTER, A. C.; SANTOS, J. Reconfigurando a interação entre ensino, serviço e comunidade. **Rev Bra Educ Med**. v. 36, n. 1, p. 127-133, 2012.

MEC, Ministério da Educação e Cultura. PET FARMÁCIA UEPB. **Programa de Educação Tutorial**. Disponível em: <https://petfarmaciauepb.wixsite.com/petfarmaciauepb/historico>. Acesso em: 5 dez. 2019.

MEDEIROS JUNIOR, G.; SILVA, J. I. A. O. **Programa de educação tutorial e as multifaces da gestão contemporânea**. Campina Grande: EDUEPB, 2015.



CAPÍTULO 4

ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA (AF)

Anna Júlia de Souza Freitas
Dayverson Luan de Araújo Guimarães
Luana da Silva Noblat
Maria do Socorro Ramos de Queiroz

Assistência Farmacêutica (AF) constitui um dos programas de apoio das redes de atenção à saúde, juntamente com o sistema de apoio diagnóstico e terapêutico e os sistemas de informação em saúde, com foco na garantia do acesso e do uso racional de medicamentos (MENDES, 2011). Compreendem-se como componentes da AF a gestão técnica da assistência farmacêutica e a gestão clínica do medicamento.

A gestão técnica da AF se caracteriza como um conjunto de atividades farmacêuticas interdependentes e focadas na qualidade, no acesso e no uso racional de medicamentos, ou seja, na produção, seleção, programação, aquisição, distribuição, armazenamento e dispensação dos medicamentos (MARIN, LUIZA, OSORIO-DE-CASTRO, 2003; PERINE, 2003).

A gestão clínica do medicamento está relacionada com a atenção à saúde e os resultados terapêuticos efetivamente obtidos, tendo como foco principal o usuário. Configura-se como uma atividade assistencial fundamentada no processo de cuidado. O medicamento deve estar disponível no momento certo, em ótimas condições de uso e deve ser fornecido juntamente com informações que possibilitem sua correta utilização pelo usuário (SOLER et al., 2010).

O medicamento não deve ser o foco central e nem as ações logísticas devem ocupar o único esforço da organização da AF pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Preconiza-se que a AF deve ser compreendida como uma atividade clínica, com foco central de ação no paciente, estruturando-se em ações técnico-assistenciais e ações técnico-gerenciais. As ações técnico-gerenciais são estruturadas para dar conta da logística do ciclo do medicamento, enquanto as ações técnico-assistenciais têm como foco central de ação o paciente e como ator principal o farmacêutico, que, ressignificando seu ser, seu saber e o seu fazer reelabora suas estratégias e métodos de trabalho (GOMES et al., 2010; SOLER et al., 2010).



Essas ações integradas à equipe multiprofissional podem contribuir decisivamente para a melhoria da qualidade da atenção à saúde, centradas em uma práxis resultante de intervenções planejadas, estruturadas, articuladas, monitoradas e avaliadas. Em adição, utiliza-se de recursos cognitivos para assistir o paciente em suas necessidades de tratamento e cuidado e para acompanhar e avaliar a ação, interferência e resultado do uso de medicamentos e outras intervenções terapêuticas (GOMES et al., 2010; SOLER et al., 2010; CORRER, OTUKI, SOLER, 2011).

A farmacoterapia obtém sucesso quando resultados como a prevenção de doenças, o controle, a cura, a normalização de parâmetros laboratoriais e/ou alívio de sintomas são alcançados conforme esperado (EBBESEN et al., 2001; ARAÚJO et al., 2008; AQUINO, 2008). Ocorre de forma adequada quando:

- O paciente obtém acesso e utiliza os medicamentos conforme suas necessidades de saúde corretamente identificadas;
- Compreende e é capaz de cumprir o regime terapêutico estabelecido e concorda e adere ao tratamento em uma postura ativa;
- Quando o medicamento é efetivo no alcance dos objetivos terapêuticos estabelecidos;
- Quando problemas de saúde não são gerados ou agravados pelo uso de medicamentos (EBBESEN et al., 2001; ARAÚJO et al., 2008; AQUINO, 2008).

Falhas nessas condições essenciais levam ao sofrimento humano, incapacidade, redução na qualidade de vida e morte.

A promoção do uso racional de medicamentos torna-se, assim, uma premente necessidade para assegurar o máximo de benefícios, minimizando os riscos na sua utilização. Como marcos referenciais no campo da promoção do uso racional de medicamentos no Brasil, podem-se citar a Política Nacional de Medicamentos (PNM), sancionada pela Portaria GM nº. 3.916 de 5 de outubro de 1998 que corresponde a um instrumento norteador de todas as ações no campo da política de medicamentos no país e a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde através da Resolução nº 338 de 06 de maio de 2004, que contribuem para a construção de um novo capital social (valores morais, princípios éticos e recursos cognitivos para o campo da Assistência Farmacêutica (BRASIL, 1998; BRASIL, 2004).

A AF tem caráter sistêmico, multidisciplinar e envolve o acesso a todos os medicamentos considerados essenciais. Na PNM é definida como: grupo de atividades



relacionadas com o medicamento, destinadas a apoiar as ações de saúde demandadas por uma comunidade. Envolve o abastecimento de medicamentos em todas e em cada uma de suas etapas constitutivas, a conservação e o controle de qualidade, a segurança e a eficácia terapêutica dos medicamentos, o acompanhamento e a avaliação da utilização, a obtenção e a difusão de informação sobre medicamentos e a educação permanente dos profissionais de saúde, do paciente e da comunidade para assegurar o uso racional de medicamentos (BRASIL, 2002).

A PNAF define como: um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial e visando o acesso e seu uso racional. Este conjunto envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como a sua seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população (BRASIL, 2004).

De acordo com a PNAF, a AF deve ser entendida como política pública norteadora para a formulação de políticas setoriais, tendo como alguns dos seus eixos estratégicos, a manutenção, a qualificação dos serviços de assistência farmacêutica na rede pública de saúde e a qualificação de recursos humanos, bem como a descentralização das ações (BRASIL, 2004).

A estruturação da AF é um dos grandes desafios que se apresenta aos gestores e profissionais do SUS, quer pelos recursos financeiros envolvidos como pela necessidade de aperfeiçoamento contínuo com busca de novas estratégias no seu gerenciamento. As ações desenvolvidas nessa área não devem se limitar apenas à aquisição e distribuição de medicamentos exigindo, para a sua implementação, a elaboração de planos, programas e atividades específicas, de acordo com as competências estabelecidas para cada esfera de governo. É necessário que os gestores aperfeiçoem e busquem novas estratégias, com propostas estruturantes, que garantam a eficiência de suas ações, consolidando os vínculos entre os serviços e a população, promovendo, além do acesso, o uso racional dos medicamentos e a inserção efetiva da AF como uma ação de saúde.

REFERÊNCIAS

AQUINO, D. S. Por que o uso racional de medicamentos deve ser uma prioridade? **Cienc Saude Coletiva**. S.13, 733-736, 2008.



ARAÚJO, A. L. A.; PEREIRA, L. R. L.; UETA, J. M.; FREITAS O. Perfil da assistência farmacêutica na atenção primária do Sistema Único de Saúde. **Cienc Saude Coletiva**. S13, p. 611-17, 2008.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Assistência Farmacêutica na atenção básica: instruções técnicas para sua organização**. 1ed. Brasília: Ministério da Saúde, 116p. 2002.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria GM nº 3.916, de 30 outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília [citado 2010 nov 28]. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/legis/consolidada/portaria_3916_98.pdf. 6. Obtido em: 12 de janeiro de 2020.

BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 338 CNS de 06 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. [Internet] Brasília: Ministério da Saúde [citado 2010 nov 28]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/resol_cns338.pdf. Obtido em: 12 de janeiro de 2020.

CORRER, C. J., OTUKI, M. F., SOLER, O. Assistência farmacêutica integrada ao processo de cuidado em saúde: gestão clínica do medicamento. **Rev Pan-Amaz Saude**. v. 3, n. 2, p. 41-4946, 2011.

EBBESEN, J.; BUAJORDET I; ERIKSSSEN, J.; BRØRS, O.; HILBERG, T.; SVAAR, H.; SANDVIK, L. Drug-related deaths in a department of internal medicine. **Arch Intern Med**. v. 161, n.19, p. 2317-2323, 2001.

GOMES, C. A. P.; FONSECA, A. L.; ROSA, M. B.; MACHADO, M. C.; FASSY, M. F.; SILVA, R. M. C. **A assistência farmacêutica na atenção à saúde**. 2ed. Belo Horizonte: Fundação Ezequiel Neves. 144p, 2010.

MARIN, N. L. V. L.; OSORIO-DE-CASTRO, C. G. S.; MACHADODOS-SANTOS S. **Assistência farmacêutica para gerentes municipais**. Rio de Janeiro: OPAS/OMS, 333p, 2003.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. 2ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.

PERINI E. Assistência farmacêutica: fundamentos teóricos e conceituais. In: ACURCIO, F. A. **Medicamentos e assistência farmacêutica**. Belo Horizonte: Coopmed. p. 9-30, 2003.

SOLER, O.; ROSA, M. B.; FONSECA, A. L.; FASSY, M. F.; MACHADO, M. C. SILVA, R. M. C.; GOMES, C. A. P. Assistência farmacêutica clínica na atenção primária à saúde por meio do programa saúde da família. **Rev Bras Farm**. v. 91, n. 1, p. 37-45, 2010.



CAPÍTULO 5

O FARMACÊUTICO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Maria do Socorro Ramos de Queiroz

A Atenção Primária à Saúde (APS) constitui o primeiro nível da atenção à saúde sendo o primeiro contato com o sistema de saúde e propõe cuidados abrangentes, integrados e continuados ao longo do tempo. A Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), como parte integrante da Política Nacional de Saúde, reforça a inserção do farmacêutico propondo ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tendo o medicamento como insumo essencial, visando o acesso e seu uso racional, de forma integrada à equipe de saúde, com o objetivo de obter resultados clínicos, humanísticos e/ou econômicos concretos e mensuráveis.

Para a adequada organização e obtenção de melhores resultados, a Política Nacional de Medicamentos (PNM) regulamentada pela Portaria GM/MS nº 3.916/1998 estabelece como competência da gestão municipal:

- Coordenar e executar a Assistência Farmacêutica no seu município;
- Implementar as ações de vigilância sanitária sob sua responsabilidade;
- Garantir a dispensação adequada dos medicamentos;
- Assegurar o suprimento dos medicamentos destinados à atenção básica à saúde de sua população, integrando sua programação à do estado, visando garantir o abastecimento de forma permanente e oportuna;
- Associar-se a outros municípios, por intermédio da organização de consórcios, tendo em vista a execução da AF (BRASIL, 1998).

Cabe destacar que a garantia ao acesso aos medicamentos e sua adequada utilização pelos usuários do SUS está diretamente relacionada ao suprimento dos medicamentos, bem como a sua dispensação. Para o bom desenvolvimento dessas atribuições é essencial, tanto do ponto de vista legal, quanto técnico, que sejam desempenhadas por farmacêuticos (CFF, 2010).



Atribuições do farmacêutico na Assistência Farmacêutica

As atribuições do farmacêutico englobam dois grupos de atividades:

✓ **Gestão do medicamento**

- Planejar, coordenar e executar as atividades de assistência farmacêutica, no âmbito da saúde pública;
- Gerenciar o setor de medicamentos (selecionar, programar, receber, armazenar distribuir e dispensar medicamentos e insumos), com garantia da qualidade dos produtos e serviços);
- Treinar e capacitar os recursos humanos envolvidos na assistência farmacêutica (BRASIL, 2014).

✓ **Assistência à saúde**

- Implantar a atenção farmacêutica para pacientes hipertensos, diabéticos ou portadores de doenças que necessitem acompanhamento constante;
- Acompanhar e avaliar a utilização de medicamentos pela população, para evitar usos incorretos;
- Educar a população e informar aos profissionais de saúde sobre o uso racional de medicamentos, por intermédio de ações que disciplinem a prescrição, a dispensação e o uso de medicamentos (BRASIL, 2014).

A legislação estabelece que o profissional farmacêutico deve zelar pelos princípios éticos da atuação profissional, pelo cumprimento da legislação sanitária, pela garantia do fornecimento dos medicamentos e produtos para saúde e pelo atendimento humanizado ao paciente (CFF, 2010).

O papel do farmacêutico na Atenção Básica à Saúde

Os serviços farmacêuticos no Sistema Único de Saúde (SUS) têm a finalidade de propiciar o acesso qualificado aos medicamentos essenciais disponibilizados pela rede pública a seus usuários. Uma das condições básicas para a qualificação do acesso e promoção do uso racional de medicamentos é garantir, farmácias com serviços e ambientes adequados, onde as áreas físicas sejam planejadas e capazes de oferecer condições para acolher o usuário com



dignidade e respeito. A farmácia ambulatorial da Unidade Básica de Saúde é um espaço limitado, porém não menos importante para o desenvolvimento de ações educativas.

O farmacêutico, na maioria das vezes, é o último profissional de saúde a ter contato direto com o paciente depois da decisão do médico pela terapia medicamentosa. Dessa maneira, torna-se corresponsável pela sua qualidade de vida, ou seja, o farmacêutico tem o compromisso de compartilhar seu conhecimento técnico com a população (FERRAES, 2003).

O profissional farmacêutico deve assumir a sua parcela de responsabilidade na atenção à saúde do paciente e na linha de cuidado estabelecida, não podendo limitar-se apenas a atender a prescrição e fornecer os medicamentos, onde a comunicação é um processo de troca de informações, ideias, sentimentos, servindo para: iniciar ações, atitudes; produzir conhecimento; estabelecer e manter relações. O objetivo da comunicação na farmácia é estabelecer o entendimento entre a equipe e o usuário (BRASIL, 2013).

Sendo assim, a farmácia deve dispor de recursos humanos suficientes, tanto para gestão quanto para assistência aos usuários, mobilizados e comprometidos com a organização e a produção de serviços que atendam às necessidades da população. As atribuições e responsabilidades individuais devem estar formalmente descritas e perfeitamente compreendidas pelos envolvidos, que devem possuir competência suficiente para desempenhá-las (BRASIL, 2013).

REFERÊNCIAS

BRASIL, Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 3.916, 30 de outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 10 nov. 1998. s. 1, n. 215-E, p. 18.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias à Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. 30p.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Serviços farmacêuticos na atenção básica à saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014, 108p.

CFF, Conselho Federal de Farmácia. **A assistência farmacêutica no SUS**. Brasília: Conselho Federal de Farmácia, 2010. 60 p.

FERRAES, A. M. B. **Medicamento, farmácia, farmacêutico e o usuário: novo século, novas demandas**; 2003. Disponível em:
<<http://www.ccs.uel.br/espacoparasaude/v4n1/doc/farmacia.doc>>. Acesso em: 07 jun. 2019.



CAPÍTULO 6

PERFIL DOS FARMACÊUTICOS ATUANTES NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE-PB

Renata Oliveira Nóbrega da Silva
Isabela Motta Felício
Maria do Socorro Ramos de Queiroz

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) desde sua criação mudou o cenário da saúde no Brasil, instituindo um conjunto de ações assistenciais a serem ofertadas a toda a população, visando à redução de doenças, melhorando as condições sanitárias e consequentemente aumentando a expectativa de vida da população (CRF, 2015).

A Constituição Federal Brasileira garante, entre os seus princípios, que é direito de todos e dever do Estado o acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde. Ainda cita que as responsabilidades do Estado são garantidas por meio do artigo 6º da Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990, que inclui a “assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica” alterada pela Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011 (BRASIL, 1990; BRASIL, 2011) e a “formulação da política de medicamentos” dentre eles, a Assistência Farmacêutica (AF) (MATOS, 2015).

A partir de 1991 iniciou-se a organização de uma assistência de forma regionalizada e hierarquizada. A responsabilidade da oferta de serviços passou a ser da gestão municipal principalmente as ações de Atenção Primária à Saúde (APS) e o financiamento sendo umas das responsabilidades dos três níveis de governo. Em 1994, estabeleceu-se que este nível de atenção no Brasil seria reorganizado sob a ótica do modelo do Programa de Saúde da Família (PSF) (BARBOSA, 2009).

No âmbito do SUS, a Assistência Farmacêutica (AF), é parte integrante dos serviços e programas de saúde e representa um conjunto de atividades inter-relacionadas, ou seja, representa um processo que abrangem as ações logísticas, relativas à seleção, à programação, à aquisição, ao armazenamento e à distribuição dos medicamentos e às ações assistenciais do cuidado farmacêutico, relativas ao serviço de clínica farmacêutica e às ações técnico-



pedagógicas deste profissional, tendo sempre como objetivo principal e melhoria da qualidade de vida da população (BRASIL, 2014).

A participação ativa do farmacêutico nas equipes multiprofissionais visa promover a utilização adequada dos medicamentos e a otimização dos resultados de saúde tornando-se uma importante ferramenta para o alcance do uso racional dos medicamentos, permitindo a formação de um novo modelo de atenção às condições crônicas e para melhoria dos resultados terapêuticos, particularmente no nível dos cuidados primários (BRASIL, 2014).

De modo geral, entende-se que um serviço de boa qualidade é aquele que cumpre os requisitos estabelecidos de acordo com os recursos disponíveis, contribuindo para o benefício da população e minimizando os riscos a saúde, proporcionando qualidade de vida ao usuário. Experiências de gestores municipais têm comprovado que o farmacêutico, inserido nas equipes do SUS, tem contribuído de forma significativa para a melhora na saúde da população local, além de gerar economia aos cofres públicos, humanizar o atendimento e, interferir, de forma positiva, na gestão da logística dos medicamentos e dos serviços da saúde (CRF, 2015).

A qualidade da atenção à saúde pode ser caracterizada pelo grau de competência profissional, pela eficiência na utilização dos recursos, pelo risco proporcionado aos pacientes, pela satisfação dos usuários e pelo efeito favorável na saúde (ARAÚJO; PEREIRA; UETA, 2008).

Nesse sentido, este trabalho objetivou identificar o perfil dos profissionais Farmacêuticos atuantes nas unidades de Atenção Básica da Saúde do município de Campina Grande-PB, analisar as ações desenvolvidas e os fatores que dificultam ou impedem o exercício pleno de suas atribuições neste nível de atenção, além de relatar pontos relevantes na Assistência Farmacêutica (AF).

METODOLOGIA

Tratou-se de uma pesquisa qualitativa e quantitativa na qual foram analisados os conteúdos das entrevistas realizadas com os farmacêuticos das Unidades de Atenção Básica de Saúde. A pesquisa qualitativa é caracterizada pela compreensão dos significados apresentados pelos entrevistados, objetivando a compreensão de cada peculiaridade. Por estãõ razãõ, nos estudos de caso, os resultados obtidos não devem e nem podem ser generalizados, contudo, estes estudos têm como mérito possibilitar a abertura de caminho para outros estudos. Na



avaliação quantitativa foram avaliadas as características sociodemográficos e econômicas, formação entre outras.

Participaram da pesquisa no período de 25/09/2017 à 27/10/2017, 12 farmacêuticos atuantes em Unidades Básicas de Saúde da cidade de Campina Grande-PB distribuídas em 8 Distritos Sanitários.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A Tabela 1 apresenta os dados dos farmacêuticos entrevistados com relação ao gênero, faixas etárias, nível de escolaridade, período de conclusão do curso.

Variáveis	n	%
Gênero		
Masculino	1	8
Feminino	11	92
Faixas etárias		
20-30 anos	8	67
Maior que 40 anos	4	33
Estado civil		
Casado	6	50
Solteiro	5	42
Divorciado	1	8
Oriundos de IES		
Pública	10	83
Privada	2	17
Nível de escolaridade		
Graduação	6	50
Especialização	5	42
Mestrado	1	8
Período de conclusão do curso		
1980-1989	2	17
1990-1999	3	25
2000-2009	1	8
2010-2017	6	50
Exercício profissional		
Menos de 5 anos	7	59
6-10 anos	1	8
10-15 anos	4	33

Fonte: Dados da Pesquisa

Participaram da pesquisa 12 farmacêuticos sendo que a maioria era do gênero feminino e casados, 11 (92%) com faixa etária entre 20-30 anos. Estes dados corroboraram com estudo realizado na cidade de Aracaju, no qual avaliava o conhecimento e conduta dos farmacêuticos, responsáveis por farmácias comunitárias onde foram constatados que 83% dos entrevistados



eram mulheres. Tal fato pode ser explicado pela evolução histórica do envolvimento da mulher com o trabalho extradomiciliar, que ocorreu a partir da década de 70 (NAGASSAKI et al., 2002), pelas transformações demográficas, mudanças nos padrões culturais e nos valores relativos ao papel social da mulher que alteraram a identidade feminina, cada vez mais voltada para o trabalho remunerado, fato que pode ser atribuído pela a expansão da escolaridade e o ingresso nas universidades viabilizando o acesso delas a novas oportunidades de trabalho (BRUSCHINI, 2007).

Na avaliação da formação acadêmica, a maioria, ou seja, 10 farmacêuticos (83%) graduaram-se em instituição pública, enquanto 17% são remanescentes de instituição privada. Cerca de 02 (17%) dos graduandos são de instituição privada, esse percentual se justifica pelo tempo de graduação, pois na região do Município de Campina Grande, até a década 80, o curso somente era oferecido nas universidades privadas. A Fundação da Universidade Regional do Nordeste (FURNE) tinha como objetivo manter a Universidade Regional do Nordeste (URNe), assim por intermédio da Lei nº 4.977, de 11/10/1987, a URNe foi estadualizada, recebendo a atual denominação de Universidade Estadual da Paraíba (LUIZ, 2010).

Com relação à formação dos farmacêuticos, no que diz respeito à Pós-Graduação, 06 (50%) dos entrevistados declararam não possuir nenhum tipo de especialização. Os demais 06 (50%) informaram possuir Especialização e/ou Mestrado, onde 05 (42%) possuem Especialização e 01 (8%) possui Mestrado. Segundo Cury (2004), o ensino superior qualificado cumpre importante função estratégica para o desenvolvimento do país, das instituições e das pessoas. A graduação e a pós-graduação são âmbitos específicos do ensino superior, cumprindo finalidades próprias e complementares. Assim, o mercado solicita cada vez mais que o profissional tenha conhecimentos e domine técnicas multidisciplinares, o que contribui para que muitos graduandos busquem novos conhecimentos com o intuito de ampliar suas competências. Além disso, observa-se uma mobilidade social tendo como implicações uma nova classe de jovens ansiosos por novos produtos culturais e maior acesso à educação superior (BRASIL, 2010).

Quanto às características relacionadas ao exercício profissional, verificou-se que 07 (59%) dos farmacêuticos atuam a menos de cinco anos na profissão, os entrevistados que têm de dez a quinze anos de mercado de trabalho representam 04 (33%) do estudo, enquanto os que trabalham de seis a dez anos constitui um percentual de 01 (8%). A exigência de farmacêutico como responsável técnico pelas farmácias municipais está prevista na Lei n. 5.991, de 19 de dezembro de 1973, onde o espaço para o farmacêutico atuar no SUS está garantido, no entanto,



a maior parte dos municípios (70%) apresenta graves problemas na organização da Assistência Farmacêutica (AF) (VIEIRA, 2010).

A importância da inserção do farmacêutico na Saúde Pública apresenta bons e promissores exemplos na Assistência Farmacêutica (AF) em alguns municípios após a inclusão deste profissional em suas equipes da atenção básica. Os resultados são observados tanto no perfil do usuário que, através da orientação e auxílio profissional recebido, faz maior adesão ao tratamento, quanto nos cofres públicos que acabam economizando por conta da programação, aquisição, armazenamento, distribuição e dispensação adequados dos medicamentos (ROMANO, 2012).

Também foram direcionadas perguntas referentes as causas de insatisfação no trabalho, caso as tivesse. A análise deste tema possibilitou a constituição de categorias temáticas.

A primeira categoria temática diz respeito às insatisfações no trabalho enfrentadas pelos farmacêuticos, na qual eles elencaram: *Desvalorização da Profissão; Falta de Estruturas nas Farmácias; Falta de Insumos e Medicamentos e Insatisfação dos Usuários*. No âmbito do SUS, em especial na Assistência Farmacêutica (AF), poucos são os indicadores de serviços de saúde propostos, implantados, avaliados e efetivamente sendo utilizados para a melhoria dos serviços prestados (BRASIL, 2014). Em relação à *Desvalorização da Profissão*, segundo Santos (2011) a dificuldade do farmacêutico reconhecer-se como profissional de saúde e/ou clínico, relaciona-se com a perda de reconhecimento social e profissional que surgiu a partir de um dilema em trabalhar num ambiente de aspecto comercial com atividades não específicas da profissão no qual distanciou o farmacêutico da assistência à saúde e da prática do cuidado junto à população.

A gestão pública também foi apontada como uma barreira importante, onde por diversas vezes esse gestor enxerga o profissional apenas como o responsável por realizar o gerenciamento de medicamentos sujeitos a controle especial e aspectos quantitativos de estoque o que possibilita que os gestores contratem o menor número de profissionais possível, e com isso, os profissionais não tem tempo disponível para execução de funções clínicas. Dessa forma, apesar do aumento no acesso aos serviços de saúde ocorrido no Brasil nas últimas décadas, ainda é preciso desenvolver mecanismos para avaliar a qualidade dos atendimentos e a efetividade dos serviços públicos de saúde oferecidos à população. Nessa perspectiva, a inserção do farmacêutico nas equipes de saúde do SUS é premente, sendo ele o profissional detentor do conhecimento técnico específico para conduzir com efetividade as atividades do setor de assistência farmacêutica (VIACAVA, 2016).



No que se diz respeito à *Falta de Estruturas nas Farmácias*, a farmácia deve possuir design próprio, os atendimentos devem ser feitos sem grades ou vidraça, permitindo uma comunicação direta e melhor, cadeiras e mesas disponibilizadas para o momento do atendimento, iluminação adequada, áreas externas bem cuidadas e placas identificadoras do serviço existente, são alguns componentes que podem ser adotados como diferenciadores e qualificadores do serviço ofertado para a criação de um ambiente confortável. Uma das condições básicas para proporcionar a qualificação do acesso e promover o uso racional dos medicamentos é garantir, no conjunto do sistema de saúde, que o ambiente das farmácias deve proporcionar condições para que os serviços atendam as premissas da humanização, do uso racional dos medicamentos, da otimização dos recursos, da educação em saúde e da educação permanente dos profissionais de saúde (BRASIL, 2009).

Em relação à *Falta de acesso a medicamentos e Insumos*, Paniz e colaboradores (2008) apontam que essa deficiência permanece como um desafio para o SUS no qual pode comprometer o tratamento clínico, assim como aumentar gastos com consultas especializadas e internações. Podemos apontar que existem falhas no ciclo da Assistência Farmacêutica (AF), compreendidas entre a seleção, programação, aquisição, armazenamento e distribuição, onde comprometem o resultado final da cadeia, que é o recebimento do medicamento pelo usuário. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) mais de 50% de todos os medicamentos são prescritos, dispensados e vendidos de forma incorreta, e mais de 50% dos todos os países não implementaram políticas básicas para promover o uso racional de medicamentos, situação ainda pior nos países em desenvolvimento (WANNMACHER, 2012). A garantia do acesso é particularmente importante no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS), pois está se caracteriza como porta de entrada para todas as necessidades e problemas de saúde mais comuns da comunidade, oferecendo serviços de prevenção, cura e reabilitação (aqui incluso os medicamentos), de modo a possibilitar a ampliação das condições de saúde e bem-estar da população (HAMANN; SOUSA, 2009).

A despeito das experiências do farmacêutico até aqui relatadas, foi dada ênfase à *Insatisfação do Usuário* do serviço e ao descontentamento, sobretudo quando o assunto se refere: à falta de medicamentos, à continuidade do tratamento, à demora na entrega de medicamentos e, ainda, à burocracia para acessá-los. Segundo Aziz et al., (2011) estes pacientes tendem a apresentar escolaridade e renda mensal baixas, maior número de doenças crônicas e ausência de plano de saúde privado. A renda está relacionada inversamente à satisfação dos usuários com os serviços de saúde prestados, ou seja, o nível de satisfação de famílias atendidas



pelas equipes de Saúde da Família aumenta proporcionalmente à renda do usuário entrevistado, fato que sugere que o comportamento desta variável pode estar relacionado ao maior nível de compreensão das atividades ofertadas pela equipe pelos usuários de maior escolaridade. Fator de bastante relevância indica que os usuários menos saudáveis, com uma carga de doenças crônicas e histórico de sintomas desconfortáveis e limitações, são os mais insatisfeitos com os serviços (NOVAES et al., 2010). Rodrigues et al., (2012) identificaram que a eficácia dos cuidados de saúde pode ser estimada, em parte, pela satisfação do usuário com os serviços prestados, o que acarreta maior utilização dos serviços, adesão à proposta terapêutica e vínculo com o prestador do atendimento.

Na análise das principais atividades desenvolvidas pelos entrevistados nas Unidades de Saúde da Família foi necessária a constituição de outras categorias temáticas, as quais indicam como principais atividades: *Ciclo da Assistência Farmacêutica; Palestra de Educação em Saúde e Outras Atividades.*

A Política Nacional de Assistência Farmacêutica foi aprovada por meio da Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 338, de 6 de maio de 2004, sendo um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial e visando ao acesso e ao seu uso racional (BRASIL, 2006). Assim, é sob a orientação do profissional farmacêutico, detentor de um saber técnico específico, que a implantação da Assistência Farmacêutica deve ser estruturada. Estudos apontaram que uma das grandes distorções do SUS está na Assistência Farmacêutica (AF), justamente pela ausência ou pela participação insatisfatória do profissional farmacêutico em todas as suas instâncias (SANTOS, 2011).

Em relação às *Palestras e Educação em Saúde*, os entrevistados apontaram essa atividade como uma forma de inserção nas equipes multidisciplinares. Uma das atribuições dos profissionais de Saúde inseridos no SUS são os grupos de educação em saúde, apontados pelo Ministério da Saúde, como acompanhamento sistemático de indivíduos portadores de doenças e/ou condições que merecem mais atenção como, grupos de indivíduos diabéticos, hipertensos, gestantes, adolescentes, tabagistas crianças desnutridas e pessoas portadoras de transtornos mentais (BRASIL, 2004). Onde a educação em saúde tem papel central como estratégia para as ações preventivas e a instrumentalização e mobilização da sociedade para a efetiva participação e desenvolvimento das políticas e ações de saúde. No tocante aos serviços farmacêuticos, a Educação em Saúde também está diretamente relacionada com a promoção do uso racional dos medicamentos para a efetiva resolubilidade da atenção à saúde (BRASIL,



2009). Portanto, o trabalho de Educação em Saúde deve ser construído de forma que promova o senso crítico, o conhecimento sobre os determinantes sociais e biológicos das doenças e as formas de intervir não só na sua realidade individual, mas sobre o ambiente e a sociedade (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE ON-LINE, 2009). Devido a isso, a profissão farmacêutica tem passado por transformações no perfil desse profissional, centrando sua formação acadêmica no cuidado aos pacientes, através da implantação do currículo generalista, que permite ao farmacêutico integrar-se profissionalmente ao sistema de saúde, assumindo um papel importante na informação sobre a utilização correta dos medicamentos e desenvolvimento pleno da assistência farmacêutica (ARAÚJO et al., 2008).

E por fim, os farmacêuticos atribuíram *Outras Atividades* relacionadas aos serviços prestados nas Unidades de Saúde, desde a capacitação de técnicos de farmácia a supervisão de outras unidades. O farmacêutico tem uma interação limitada com a equipe de saúde, por ter seu tempo preenchido através da resolução de problemas operacionais referentes à gestão dos estoques e atendimento aos usuários. Esses profissionais teoricamente estão ligados aos antigos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) que se destaca como iniciativa governamental que envolve a inserção do farmacêutico no SUS, para atuação junto às equipes da Estratégia de Saúde da Família, entretanto, é notória que boa parte das unidades de saúde públicas do país ainda não possui um farmacêutico entre seus colaboradores (BRASIL, 2008).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pelo exposto com este trabalho foi constatado que a organização e estruturação dos serviços de farmácia nas Unidades de Saúde de Campina Grande passa por uma adaptação, estabelecendo assim o conhecimento de desafios para a implementação de ações e serviços de Assistência Farmacêutica eficaz, tendo como pontos relevantes o uso racional de medicamentos e a propagação de um serviço de qualidade. Os serviços oferecidos pelos profissionais farmacêuticos devem assumir papel complementar, ou seja, o farmacêutico no serviço público pode representar o elo com todos os profissionais envolvidos no processo de saúde e doença.

O farmacêutico não deve utilizar seus conhecimentos apenas para dispensar medicamentos corretamente, mas também para realizar um acompanhamento farmacoterapêutico com qualidade, tonando assim a função do farmacêutico uma prática mais humanística e contextualizada, demonstrando em sua totalidade a sua importância junto à



construção de um novo modelo de atenção à saúde, possibilitando uma intervenção em busca da melhoria da qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, A. da L. A. de; PEREIRA, L. R. L.; UETA, J. M. Perfil da assistência farmacêutica na atenção primária do sistema único de saúde. **Ciênc Saúde Coletiva**. v. 13, supl. 0, Abr. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232008000700010&script=sci_arttext>. Acesso em: 07 jul. 2019.

AZIZ, M. M.; CALVO, M. C. M., D'ORSI, E. Medicamentos prescritos aos idosos em uma capital do Sul do Brasil e a Relação Municipal de Medicamentos. **Cad Saúde Pública**. v. 28, n. 1, p. 52 – 64, 2012.

BARBOSA, D. M. Atribuições do farmacêutico na atenção primária à saúde. 2009.133f. Disponível em: < <http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/handle/1843/LFSA-83EPLX> > Acesso em: 07 de jul de 2020.

BETIM, Prefeitura Municipal de Betim. Lei nº 4977 de, 22 de Abril de 2010. Institui a Lei Geral Municipal da Microempresa, da Empresa de Pequeno Porte e do Microempreendedor Individual, e da outras providencias. Disponível em: <https://leismunicipais.com.br/a/mg/b/betim/lei-ordinaria/2010/497/4977/lei-ordinaria-n-4977-2010-institui-a-lei-geral-municipal-da-microempresa-da-empresa-de-pequeno-porte-e-do-micro-empendedor-individual-e-da-outras-providencias>. Acesso em: 04 nov. 2019.

BRASIL, Constituição. **Constituição da República Federativa do Brasil (1988)**. Texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas emendas Constitucionais nº 1/1992 a 64/2010, pelo Decreto legislativo nº 186/2008 e pelas emendas Constitucionais de Revisão nº 1 a 6/1994. 32ed. Brasília: Câmara dos Deputados, edições Câmara, 2010.

BRASIL, Presidência da República. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 20 set. 1990. Seção 1, p. 18055.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a Educação Permanente em Saúde - Pólos de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. Assistência farmacêutica na atenção básica: instruções técnicas para sua organização. 2ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 98p. Disponível em: <http://books.google.com.br/books/about/Assist%C3%Aancia_farmac%C3%Aautica_



na_aten%C3%A7%C3%A3o.html?id=VA5gAAAAMAAJ&redir_esc=y>. Acesso em: 04 nov. 2019.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria 154, de 25 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL, Ministério da Saúde; Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos; Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Diretrizes para estruturação de farmácias no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Brasília. 2009, 44p.

BRASIL, Presidência da República. Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12401.htm. Acesso em: 04 nov. 2019.

BRASIL, Ministério da Educação. Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior. **Plano Nacional de Pós-Graduação – PNPg 2011- 2020**. Brasília, DF, 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Serviços farmacêuticos na atenção básica à saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014, 108p.

BRUSCHINI, M. C. A. Trabalho e gênero no Brasil nos últimos dez anos **Cad Pesqui**. v. 37 n.132, p.537-572, 2007.

CFF, Conselho Federal de Farmácia. **O farmacêutico na assistência farmacêutica do SUS: diretrizes para ação**. Brasília: Conselho Federal de Farmácia, 2015. 298 p.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE ON-LINE, 10, 1996, Brasília. Educação em saúde: histórico, conceitos e propostas. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cns/cns.htm>>. Acesso em: 04 nov. 2019.

CNS, Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 338, de 06 de maio de 2004. Deliberações da 1ª Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica, efetivando o acesso, a qualidade e a humanização na Assistência Farmacêutica. **Diário Oficial da União**, 06 de maio de 2004.

CURY, C. R. J. Graduação/Pós-Graduação: a busca de uma relação virtuosa. **Educação & Sociedade**, Campinas, v. 25, n. 88, p. 777-793, 2004.

HAMANN, E. M., SOUSA, M. F. Programa Saúde da Família no Brasil : uma agenda incompleta? **Cien Saude Colet**. v. 14, p. 1325 – 1335, 2009.

LUIZ, J. M. **Luz para sua gente e para sua terra: notas sobre a história da UEPB**. Campina Grande: EDUEPB, 2010.



MATTOS, L. V. **Assistência farmacêutica na atenção básica e Programa Farmácia Popular do Brasil: uma análise crítica das políticas públicas de provisão de medicamentos no Brasil**, 2015. 215f. [Dissertação Mestrado – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro].

NAGASSAKI, E.; FUKUDA, E. K.; YAMACITA, F. Y.; PEREZ, G. S.; CAMARGO, E. A.; CRUCIOL, S. J. M. Avaliação da Formação Acadêmica dos Farmacêuticos atuantes em Farmácias de Londrina-PR. **Rev Infarma**. v. 14, n. 3, p.54-55, 2002.

NOVAES, M. R. C. G. et al. Estudo etnográfico e de satisfação de profissionais e usuários do Programa de Saúde da Família em Samambaia, Distrito Federal. **Comun Ciênc Saúde**. v. 21, n. 4, p. 289-300, 2010.

PANIZ, V. M. V.; FASSA, A. G.; FACCHINI, L. A.; BERTOLDI, A. D.; PICCINI, R. X.; TOMASI, E.; THUMÉ, E.; SILVEIRA, D. S. da; SIQUEIRA, F. V.; RODRIGUES, M. A. Acesso a medicamentos de uso contínuo em adultos idosos nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Cad de Saúde Pública**. v. 24, n. 2, p. 267–280, 2008.

RODRIGUES, C. A. Q., SILVA, P. L. V., CALDEIRA, A. P., PORDEUS, I. A., FERREIRA, R. C., MARTINS, A. M. E. B. L. Fatores associados à satisfação com serviços odontológicos entre idosos. **Rev Saude Publica**. v. 46, n. 6, p. 1039-1050, 2012.

ROMANO, C. Assistência Farmacêutica na Saúde Pública: o bom exemplo de Cornélio Procópio (PR). Brasília: **Rev Pharmacia Brasileira**. Entrevista concedida a Aloísio Brandão, Maio de 2012.

SANTOS, R. I. dos. **Concepções de Assistência Farmacêutica no contexto histórico brasileiro**. 2011. 172f. [Tese de Doutorado em Farmácia – Programa de Pós-Graduação em Farmácia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis].

VIACAVA, F.; BELLIDO, J. G. Health, access to services and sources of payment, according to household surveys. **Cien Saude Colet**. v.21, n.2, p.351-370, 2016.

VIEIRA, F. S. Assistência Farmacêutica no sistema público de saúde no Brasil. **Rev Panam Salud Publica**. v. 27, n. 2, p.149-56, 2010.

WANNMACHER, L. **Condutas baseadas em evidências sobre medicamentos utilizados em atenção primária à saúde**. Normas e Manuais Técnicos, Uso Racional de Medicamentos. Ministério da Saúde, p. 9-14, 2012.



CAPÍTULO 7

ADESÃO TERAPÊUTICA DE PACIENTES PORTADORES DE HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA E/OU DIABETES MELLITUS

Daiana Mendes Félix
Ingrid Costa Santos
Anna Júlia de Souza Freitas
Dayverson Luan de Araújo Guimarães
Maria Luisa de Sá Vieira
Maria do Socorro Ramos de Queiroz

Farmácia Clínica

A Farmácia Clínica corresponde ao modelo de prática profissional desenvolvido no contexto da Assistência Farmacêutica. Tem como ferramenta reintroduzir o farmacêutico como membro integrante da equipe de saúde e estreitar as relações com o paciente que é o principal beneficiado dessa.

De acordo com a Resolução nº 585 de setembro de 2013 do Conselho Federal de Farmácia (CFF), a Farmácia Clínica teve início no âmbito hospitalar, mas a partir da década de sessenta se expandiu a todos os níveis de atenção à saúde (CRF, 2013). Neste sentido, o farmacêutico contemporâneo atua no cuidado direto ao paciente, promovendo o uso racional de medicamentos e redefinindo suas práticas a partir das necessidades de cada paciente (CRF, 2017). “Como ciência, tem contribuído para o acúmulo de conhecimentos sobre a atuação clínica do farmacêutico e o aprimoramento de práticas profissionais” (CRF, 2017).

Segundo a Organização Panamericana da Saúde (OPAS), a prática clínica do farmacêutico compreende valores éticos, comportamentos, habilidades, compromissos e co-responsabilidades na prevenção de doenças, promoção e recuperação da saúde, de forma integrada à equipe de saúde. É a interação direta do farmacêutico com o usuário visando uma farmacoterapia racional e a obtenção de resultados definidos e mensuráveis voltados para a melhoria da qualidade de vida (BRASIL, 2014).

Para Storpirtis, Ribeiro e Marcolongo (2003) corresponde a uma troca mutuamente benéfica, na qual o paciente confere autoridade ao farmacêutico e este, por sua vez, oferece conhecimento e comprometimento com o seu tratamento. Tem como princípios:



- **Medicamento** – os serviços farmacêuticos não se preocupam apenas com o fornecimento correto dos itens necessários, mas também com a participação do profissional nas decisões sobre o tratamento;
- **Cuidado** – diz respeito ao acompanhamento do tratamento dos usuários pelos profissionais envolvidos, com a finalidade de evitar erros, garantindo assim bons resultados na farmacoterapia;
- **Resultados** – consiste na busca da cura da enfermidade, redução dos sintomas apresentados pelo paciente e interrupção ou retardamento do processo patológico.

Cuidados e serviços farmacêuticos

Constitui um conjunto de ações e serviços desenvolvidos no SUS que inclui a educação em saúde para a equipe e usuário, atividades de promoção da saúde de caráter geral e ações de promoção do uso racional de medicamentos, com o desenvolvimento de atividades clínico-assistenciais e técnico-pedagógicas. A atividade assistencial, praticada nos pontos de atenção, inclui os serviços de clínica farmacêutica, que podem ser ofertados ao usuário de forma individual e/ou em atendimentos compartilhados com outros membros da equipe de saúde. As atividades técnico-pedagógicas, de forma complementar, visam à educação e a conscientização da equipe de saúde e da comunidade para a promoção do uso racional de medicamentos (BRASIL, 2014).

O cuidado farmacêutico orienta a provisão de diferentes serviços farmacêuticos que são diretamente destinados ao paciente, visando à prevenção e resolução de Problemas Relacionados aos Medicamentos (PRMs), ao uso racional destes, à promoção, à proteção e recuperação da saúde, bem como a prevenção de doenças. No processo do cuidado farmacêutico, o acolhimento e identificação do paciente são os primeiros passos. Por conseguinte, o profissional deve identificar as necessidades do paciente por meio da anamnese farmacêutica. Esta compreende a coleta de dados do paciente, objetivando conhecer a história de saúde do usuário, elaborar o perfil farmacoterapêutico e a verificação dos parâmetros clínicos, quando for necessário. Deve-se então elaborar um plano de cuidado para este paciente e acompanhar a evolução clínica do mesmo a partir desse plano (CRF, 2017).

Neste sentido, os “serviços farmacêuticos compreendem um conjunto de atividades organizadas em um processo de trabalho, que visa a contribuir para a prevenção de doenças,



promoção, a proteção e recuperação da saúde, e para a melhoria da qualidade de vida das pessoas” (CRF, 2017).

Com a inserção de novas práticas, é possível ampliar o cuidado em saúde e aumentar a resolutividade do uso de medicamentos, bem como conhecer os principais problemas relacionados com os medicamentos vivenciados pelos usuários. Este novo processo de trabalho dos farmacêuticos cria novos indicadores úteis aos gestores e aos profissionais da Saúde, não apenas direcionados ao acesso aos medicamentos, mas também aos resultados de saúde obtidos a partir deles (BRASIL, 2014).

Assim, os serviços farmacêuticos na Atenção Primária irão incluir, sob o ponto de vista da logística, o planejamento e o abastecimento de medicamentos; e sob o ponto de vista do cuidado farmacêutico, irão incluir os serviços de clínica farmacêutica e as atividades técnico-pedagógicas.

Adesão ao tratamento

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a adesão ao tratamento pode ser definida como “a extensão com a qual o comportamento do indivíduo, uso dos medicamentos, seguimento de uma dieta e/ou execução de mudanças de estilo de vida, coincidem com as recomendações dos profissionais de saúde” (WHO, 2003). Segundo Blackburn, Swidrovic e Lemstra (2013), adesão consiste simplesmente na extensão com a qual indivíduos tomam medicamentos com efeitos benéficos à saúde reconhecidos.

Apesar de existirem divergências entre autores, quanto ao conceito de adesão, muitos consideram como adesão em terapias crônicas, incluindo-se a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM), o uso de pelo menos 80% do total de medicamentos prescritos, observando-se doses, horários e tempo de tratamento (GRÉGOIRE et al., 2010).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) indica, ainda, que apenas cerca de 50% dos pacientes com doenças crônicas sob acompanhamento médico tomam pelo menos 80% dos medicamentos prescritos. Como consequência, aproximadamente 75% desses pacientes não atinge as metas terapêuticas pré-estabelecidas, o que pode levar ao agravamento dos estados de saúde desses pacientes, aumento dos custos de tratamento, aumento da morbimortalidade associada aos medicamentos e, ainda, deteriorar a relação paciente-profissional de saúde (WHO, 2003). Em uma revisão sobre o tema, foi relatado ainda que a adesão possa chegar a



níveis ainda mais baixos, como apenas 36% dos usuários de medicamentos seguindo novos tratamentos a contento (BLACKBURN; SWIDROVIC; LEMSTRA, 2013).

Acompanhamento Farmacoterapêutico

É o serviço pelo qual o farmacêutico realiza o gerenciamento da farmacoterapia, por meio da análise das condições de saúde, dos fatores de risco e do tratamento do paciente, da implantação de um conjunto de intervenções gerenciais, educacionais e do acompanhamento do paciente, com o objetivo principal de prevenir e resolver problemas da farmacoterapia, a fim de alcançar bons resultados clínicos, reduzir os riscos, e contribuir para a melhoria da eficiência e da qualidade da atenção à saúde. Inclui, ainda, atividades de prevenção e proteção da saúde (CFF, 2017).

No âmbito do cuidado farmacêutico voltado para diabéticos, uma meta-análise realizada por Collins et al., (2011) foi conduzida com o objetivo de avaliar o efeito da intervenção farmacêutica no controle glicêmico de pacientes com Diabetes *Mellitus*. Em 14 estudos foi possível avaliar o efeito da prática farmacêutica, sendo este, uma redução significativa da taxa de hemoglobina glicada (HbA1c), em todos os ensaios, e da glicemia em boa parte dos mesmos. Os autores concluíram que o acompanhamento feito pelo farmacêutico proveu benefícios clínicos no controle glicêmico, demonstrando sua importância e efeito positivo para esse tipo de população.

Os parâmetros determinantes do risco cardiovascular (níveis de colesterol e pressão arterial sistólica) e seus agravantes, como a Diabetes *Mellitus*, com os resultados positivos de estudos científicos envolvendo os cuidados farmacêuticos, pode-se inferir que essa prática farmacêutica pode ter um impacto positivo, também, quanto ao manejo do risco cardiovascular. Estudos desenvolvidos por Lyra Junior (2011), Firmino (2012) e Firmino (2015) demonstraram que a realização de um Acompanhamento Farmacoterapêutico é capaz de influenciar positivamente o manejo do risco cardiovascular em pacientes hipertensos e diabéticos.

Segundo Ayala (2010) e Calixto (2010) um acompanhamento farmacoterapêutico, é capaz de melhorar o perfil de adesão e a qualidade de vida dos pacientes-alvo, ou seja, hipertensos e diabéticos. Também enfatizaram a relevância da implantação desse tipo de serviço na rede de Atenção Primária à Saúde.



Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)

Compõem um grupo de entidades que se caracterizam por apresentar, de uma forma geral, longo período de latência, tempo de evolução prolongado, etiologia não elucidada totalmente, lesões irreversíveis e complicações que acarretam graus variáveis de incapacidade ou óbito. São também denominadas de doenças não infecciosas e doenças crônicas degenerativas, como a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes *Mellitus* (DM), apresentam características comuns e são de fácil diagnóstico. Ambas apresentam um longo período assintomático, curso clínico lento e podem evoluir para graus variados de incapacidade ou para a morte, sendo responsáveis por dois milhões de mortes por ano no mundo (BRASIL, 2005, SILVA, 2016).

Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é condição clínica multifatorial caracterizada por elevação sustentada dos níveis pressóricos ≥ 140 e/ou 90 mmHg. Frequentemente se associa a distúrbios metabólicos, alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos-alvo, sendo agravada pela presença de outros fatores de risco (FR), como dislipidemia, obesidade abdominal, intolerância à glicose e Diabetes *Mellitus* (KDIGO, 2012; CAI; ZHENG; SUN; CHEN, 2013). Mantém associação independente com eventos como morte súbita, acidente vascular encefálico (AVE), infarto agudo do miocárdio (IAM), insuficiência cardíaca (IC), doença arterial periférica (DAP) e doença renal crônica (DRC), fatal e não fatal (LV et al., 2013; SBC, 2016).

Dados norte-americanos de 2015 revelaram que Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) estava presente em 69% dos pacientes com primeiro episódio de infarto agudo do miocárdio (IAM), 77% de acidente vascular encefálico (AVE), 75% com insuficiência cardíaca (IC) e 60% com doença arterial periférica (DAP) (KDIGO, 2012). A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é responsável por 45% das mortes cardíacas e 51% das mortes decorrentes de acidente vascular encefálico (AVE) (LV et al., 2013). No Brasil, a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) atinge 32,5% (36 milhões) de indivíduos adultos, mais de 60% dos idosos, contribuindo direta ou indiretamente para 50% das mortes por doença cardiovascular (DCV) (HEERSPINK et al., 2009). Junto com Diabetes *Mellitus*, suas complicações (cardíacas, renais e AVE) têm impacto elevado na perda da produtividade do trabalho e da renda familiar, estimada em US\$ 4,18 bilhões entre 2006 e 2015 (AGARWAL et al., 2009).



Diabetes mellitus (DM)

O Diabetes *mellitus* (DM) constitui o grupo das doenças crônicas responsável pelas principais causas de morte no mundo e é considerado um dos problemas de saúde de maior magnitude (SHAW; SICREE; ZIMMET, 2010). Nesse sentido, pesquisas nacionais e internacionais têm discutido ações que possam ajudar a controlar o avanço dessa doença e de suas complicações e que, muitas vezes, são consequência de uma assistência que não considera as especificidades da cronicidade, com modelos assistenciais inadequados e voltados para a cura das doenças, presente na lógica do modelo biomédico (COLEMAN et al., 2010; SCHAWAB et al., 2014; SALCI; MEIRELLES; SILVA, 2016; NARAYAN, 2016).

MATERIAL E MÉTODOS

O estudo foi do tipo transversal, com abordagem quantitativa e descritiva, realizado no período de janeiro a abril de 2019 e focado na adesão ao tratamento por usuários hipertensos e/ou diabéticos domiciliados cadastrados na Unidade Básica de Saúde da Família Bonald Filho, em Campina Grande-PB.

A amostra foi composta por vinte pessoas domiciliadas cadastradas no programa HIPERDIA, o qual contemplava pacientes hipertensos e/ou diabéticos.

Na tendência de adesão do paciente a farmacoterapia foi usado o instrumento Beliefs About Medicines Questionnaire (BaMQ), o qual leva em consideração as crenças dos pacientes, avaliando as necessidades e as preocupações sobre os medicamentos e associando-as a não adesão ao tratamento (BRASIL, 2014).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram do estudo 20 pacientes domiciliados, sendo que 70% (n = 14) pertenciam ao gênero feminino, a maioria encontrava-se na faixa etária igual ou superior a 80 anos (40%), possuía uma renda de 1 salário mínimo (45%) e era portador de HAS (60%) (TABELA 1).



TABELA 1 – Dados demográficos, socioeconômicos e presença de DCNT.

Variáveis	N	%
Gênero		
Feminino	14	70
Masculino	6	30
Grupo etário		
<60 anos	1	5
60 a 69 anos	4	20
70 a 79 anos	7	35
≥ 80 anos	8	40
Estado civil		
Com companheiro	7	35
Sem companheiro	13	65
Renda		
1 SM	9	45
> 1 SM e < 2 SM	7	35
> 2 SM e < 3 SM	3	15
> 4 SM	1	5
DCNT		
HAS	12	60
DM2	1	5
HAS e DM2	7	35

Fonte: Dados da pesquisa.

SM = Salário mínimo; **DCNT** = Doenças Crônicas Não Transmissíveis; **HAS** = Hipertensão Arterial Sistêmica; **DM2** = Diabetes *Mellitus* tipo 2.

Os dados deste estudo corroboraram com várias pesquisas realizadas no Brasil e no mundo, mostrando o crescimento da longevidade. Estimativas projetaram que o número de idosos até 2025 será superior a 30 milhões e a velhice tanto poderá ser acompanhada por altos níveis de doenças crônicas quanto por saúde e bem-estar (DEBERT, 1999; LIMA, 2003; LIMA; SILVA; GALHARDONI, 2008).

Com relação ao gênero, as mulheres tiveram maior participação. Este dado pode ser justificado pela maior expectativa de vida da mulher, em relação ao homem. A proteção cardiovascular dada pelos hormônios femininos, o menor consumo de tabaco e álcool, além da maior procura por assistência médica são hipóteses levantadas por alguns autores para explicar essa diferença populacional entre os gêneros na terceira idade (ROCHA et al., 2008).

Foi importante observar que, a maioria (45%) da amostra estudada sobrevive com um salário mínimo, que pode ser considerado um dos fatores socioeconômico agravante para a saúde, pois dificulta o acesso a melhores condições de vida. De acordo com Neri e Guariento (2011), é importante melhorar as condições socioeconômicas, principalmente nos países emergentes, como o Brasil, para possibilitar uma boa qualidade de vida aos idosos em sua velhice. É preciso observar que as doenças dos idosos são crônicas e múltiplas, perduram por vários anos e exigem acompanhamento constante, cuidados permanentes, medicação contínua e exames periódicos.

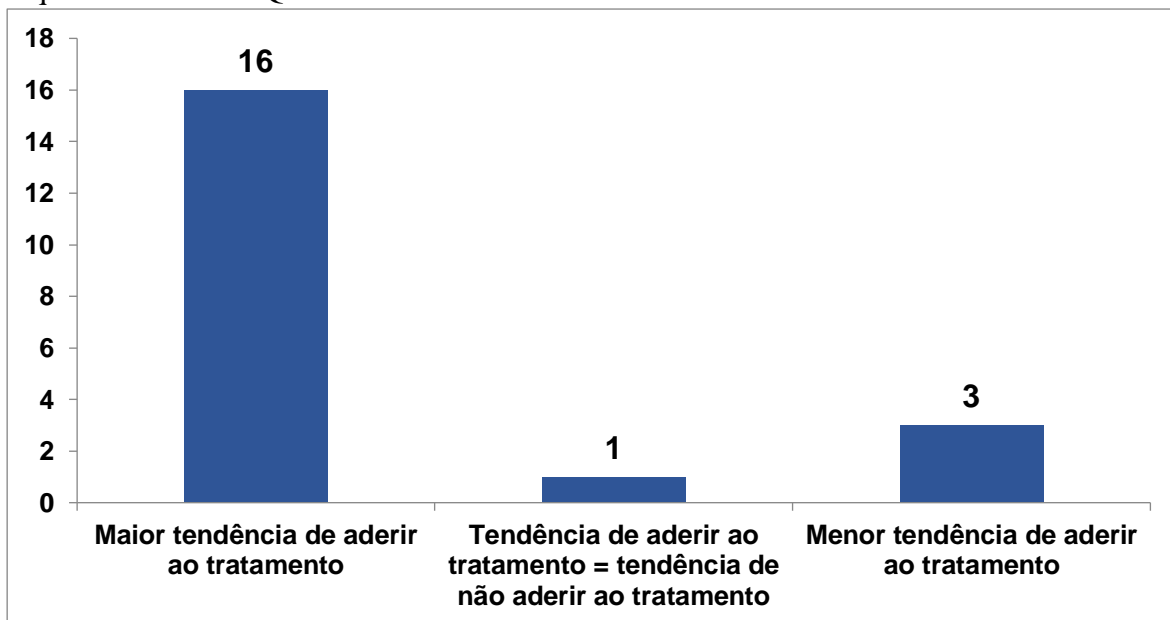


Neste estudo foi observado que dos oito pacientes pertencentes à faixa etária mais avançada, seis eram totalmente dependentes de cuidadores, que eram os próprios familiares e dois vivem sozinhos em seus domicílios, sem auxílio de cuidadores dependendo da ajuda de terceiros, dificultando assim o processo de cuidado em saúde.

Avaliando a prevalência das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), observou-se que a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) isolada esteve presente em 60% da amostra e associada ao Diabetes *Mellitus* tipo 2. (DM2) em 35%. Estas doenças representam seguimento ainda mais difícil, porque são condições relacionadas à faixa etária mais avançada. Alguns estudos têm mostrado que pessoas com mais de 60 anos aderem menos ao tratamento e apresentam pior controle da pressão arterial e da glicemia e que esse grupo habitualmente necessita de outros medicamentos ou possui algumas outras limitações que dificultam a aplicação do tratamento por completo (GUSMÃO et al., 2009).

Apesar de ser uma população idosa, que apresenta várias limitações intrínsecas a idade, os resultados foram satisfatórios, uma vez que 16 deles apresentaram uma maior tendência à adesão (FIGURA 1).

FIGURA 1 – Classificação da tendência de adesão por paciente a sua farmacoterapia, segundo o questionário BaMQ.



Fonte: Dados da pesquisa.

BaMQ= Beliefs About Medicines Questionnaire.

Pacientes que não apresentaram maior tendência de adesão fazem parte do grupo que utiliza o maior número de medicamentos ou não aceita a doença. A relação entre as crenças e a



adesão a medicação, deve ser levada em consideração para que sejam traçadas intervenções entre profissional - paciente que possam contribuir com informações relacionadas a importância do conhecimento acerca da doença e de seus agravos, do tratamento medicamentoso e não medicamentoso.

É preciso ressaltar que um dos principais problemas enfrentados pelo sistema de saúde é o abandono ou o cumprimento ineficiente dos tratamentos prescritos pelos profissionais de saúde. A falta de adesão à terapia medicamentosa resulta não só em prejuízos para a saúde e à qualidade de vida do doente, como também provoca o desperdício dos recursos do sistema de saúde.

Diante dos resultados obtidos no presente estudo, observou-se que o farmacêutico como membro de uma equipe multidisciplinar na Unidade Básica Saúde da Família é capaz de realizar visitas domiciliares, serviços farmacêuticos, acompanhamento farmacoterapêutico, incentivando a autoestima do paciente, de modo a contribuir para o autocuidado. A maior tendência de adesão a farmacoterapia foi justificada pelo acompanhamento mensal e pelas orientações fornecidas aos pacientes e seus cuidadores.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante as visitas domiciliares observou-se que a idade é um dos fatores que compromete o uso adequado dos medicamentos, sendo o esquecimento, o problema visual e a falta de destreza manual, os principais.

Foi possível observar que após as orientações realizadas mensalmente, a maioria dos pacientes apresentou uma maior tendência de adesão ao tratamento. Isso confirma que através do acompanhamento e do incentivo é possível obter resultados satisfatórios com relação à farmacoterapia.

REFERÊNCIAS

AGARWAL, R., ALBORZI, P., SATYAN, S., LIGHT, R. P. Dry-weight reduction in hypertensive hemodialysis patients (DRIP): a randomized, controlled trial. **Hypertension**. n. 3, v. 53, p. 500-507, 2009.



AYALA, L. K., CONDEZO, K., JUÁREZ, J. R. Impacto Del Seguimiento Farmacoterapéutico En La Calidad De Vida Relacionada A La Salud De Pacientes Con Hipertension Arterial. **Ciencia e Investigación**. v. 13, n. 2, p. 77-80, 2010.

BLACKBURN, D. F.; SWIDROVICH, J.; LEMSTRA, M. Non-adherence in type 2 diabetes: practical considerations for interpreting the literature. **Patient Preference and Adherence**. v. 7, p. 183-189, 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Cuidado farmacêutico na atenção básica: Capacitação para implantação dos serviços de clínica farmacêutica**. Brasília: Ministério da Saúde, caderno n. 2. 1ed. 308p, 2014.

CAI, G., ZHENG, Y., SUN, X., CHEN, X. Survey of Prevalence, Awareness, and Treatment Rates in Chronic Kidney Disease Patients with Hypertension in China Collaborative Group. Prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension in elderly adults with chronic kidney disease: results from the survey of Prevalence, Awareness, and Treatment Rates in Chronic Kidney Disease Patients With Hypertension in China. **J Am Geriatr Soc**. n. 12, v. 61, p. 2160-2167, 2013.

CALIXTO, A. A. T. F. **Adesão ao Tratamento: Estudo entre portadores de hipertensão arterial internados em um hospital privado do interior paulista**. Dissertação de Mestrado. Universidade de São Paulo-Ribeirão Preto. 2010, 109p.

CFF, Conselho Federal de Farmácia. Resolução nº 585, de 29 de agosto de 2013. Regulamenta as atribuições clínicas do farmacêutico e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 25 de setembro de 2013, nº 186, Seção 1, p. 186.

CFF, Conselho Federal de Farmácia. **Serviços Farmacêuticos Diretamente Destinados ao Paciente, à Família e à Comunidade Contextualização e Arcabouço Conceitual**. Programa de Suporte ao Cuidado Farmacêutico na Atenção à Saúde, 2017.

COLEMAN, K., AUSTIN, B., BRACH, C., WAGNER, E. H. Evidence on the Chronic Care Model in the new millennium. **Health Affairs**. n. 7, v. 79, p. 530-538, 2010.

COLLINS, C., LIMONE, B. L., SCHOLLE, J. M., COLEMAN, C. I. **Effect of pharmacist intervention on glycemic control in diabetes**. *Diabetes research and clinical practice*. v. 92, p. 145-152, 2011.

DEBERT, G. G. **A reinvenção da velhice: socialização e processos de reprivatização do envelhecimento**. São Paulo: EDUSP, 1999.

FIRMINO, P. Y. M.; MARTINS, B. C. C.; FONTELES, M. M. F. Avaliação do Risco Cardiovascular em Pacientes Hipertensos sob Acompanhamento Farmacoterapéutico em Atenção Primária à Saúde. **Rev Bras de Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde**. v.3, n.2, p. 42-46, 2012.

FIRMINO, P. Y. M.; VASCONCELOS, T. O., FERREIRA, C. C. MOREIRA, L. M., ROMERO, N. R., DIAS, L. A., QUEIROZ, M. G. R. de., LOPES, M. V. de O., FONTELES, M. M. de F. Cardiovascular risk rate in hypertensive patients attended in primary health care



units: the influence of pharmaceutical care. **Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences**. v. 51, n. 3, p. 617-627, 2015.

GARCIA, L. P.; MAGALHÃES, L. C. G.; SANT'ANNA, A. C.; FREITAS, L.R.S.; AUREA A. P.; POSENATO, L. Dimensões do Acesso a Medicamentos no Brasil: Perfil e Desigualdades dos Gastos das Famílias, segundo as Pesquisas de Orçamentos Familiares 2002-2003 E 2008-2009. **Texto para discussão / Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea)**. Rio de Janeiro: Ipea, junho de 2013.

GRÉGOIRE, J. P.; SIROIS, G.; BLANC, G.; POIRIER, P.; MOISAN, J. Persistence Patterns with Oral Antidiabetes Drug Treatment in Newly Treated Patients - A Population-Based Study. **Value in Health**. v. 13, n. 6, p. 820-828, 2010.

GUSMÃO, J. L.; GINANI, G. F.; SILVA, G. V.; ORTEGA, K. C.; MION JÚNIOR, D. Adesão ao tratamento em hipertensão arterial sistólica isolada. **Rev Bras Hipertens**. v. 16, n. 1, p. 38-43, 2009.

HEERSPINK, H. J., NINOMIYA, T., ZOUNGAS, S. de., ZEEUW, D., GROBBEE D. E., JARDINE, M. J., ET AL. Effect of lowering blood pressure on cardiovascular events and mortality in patients on dialysis: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. **Lancet**. n. 373, v. 9668, p.1009-1015, 2009.

KDIGO, Blood Pressure Work Group. KDIGO clinical practice guideline for the management of blood pressure in chronic kidney disease. **Kidney Int**. n. 2, v. 5, p. 337-414, 2012.

LIMA, A. M. M. **Saúde e envelhecimento: o autocuidado como questão**. Tese de doutorado não-publicada – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

LIMA, A. M. M.; SILVA, H. S.; GALHARDONI, R. Envelhecimento bem-sucedido: trajetórias de um constructo e novas fronteiras. **Interface**. v. 12, n. 27, p. 795-807, 2008.

LV, J., EHTESHAMI, P., SARNAK, M. J., TIGHIOUART, H., JUN, M., NINOMIYA, T., ET AL. Effects of intensive blood pressure lowering on the progression of chronic kidney disease: a systematic review and meta-analysis. **CMAJ**. n. 11, v. 185, p. 949-957, 2013.

LYRA JUNIOR, D. P., OBRELI NETO, P. R., MARUSIC, S., *et al.* Effect of a 36-month Pharmaceutical Care program on coronary heart disease risk in elderly diabetics and hypertensive patients. **Journal of Pharmacy & Pharmaceutical Sciences**, v. 14, n. 2, p. 249 - 263, 2011.

NARAYAN, K. M. V. Type 2 diabetes: why we are winning the battle but losing the war? **Diabetes Care**. n. 39, p.653-663, 2016.

NERI, A. L.; GUARIENTO, M. E. **Fragilidade, saúde e bem-estar em idosos: dados do estudo FIBRA Campinas**. Campinas: Alínea, 2011.

ROCHA, C. H.; OLIVEIRA, A. P. S.; FERREIRA, C.; FAGGIANI, F. T.; SCHROETER, G.; SOUZA, C. A. C. A.; DECARLI, G. A.; MORRONE, F. B.; WERLANG, M. C. Adesão à



prescrição médica em idosos de Porto Alegre, RS. **Ciência & Saúde Coletiva**. v 13, p. 703-710, 2008.

RODRIGUES, L. M. P. Medicamentos utilizados no controle da hipertensão no Distrito Administrativo em Belém – PA. [dissertação] Belém: Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará, 2012. Disponível em: <http://www.ppgcf.propesp.ufpa.br/ARQUIVOS/dissertacoes/luizmario.pdf>. Acesso em: 17 ago. 2019.

SALCI, M. A., MEIRELLES, B. H. S., SILVA, D. M. G. V. Primary care for diabetes mellitus patients from the perspective of the care model for chronic conditions. **Rev Latino-Am Enfermagem**. n. 25, 2882, 2017.

SBC, Sociedade Brasileira de Cardiologia. **VII Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial**. n. 3, v. 107, s. 3, p.82, 2016.

SCHAWAB, G. L., MOYSÉS, S. T., KUSMA, S. Z., IGNÁCIO, S. A., MOYSÉS, S. J. Percepção de inovação na atenção às doenças/condições crônicas: uma pesquisa avaliativa em Curitiba. **Saúde Debate**. n. 38, 307-318, 2014.

SHAW, J. E., SICREE, R. A., ZIMMET, P. Z. Global estimates of the prevalence of diabetes for 2010 and 2030. **Diabetes Res Clin Practice**. n. 87, p. 4-14, 2010.

SILVA, E. C., MARTINS, M. S. A. S., MARTINS, GUIMARÃES, L. V., SEGRI, N. J., LOPES, M. A. L., ESPINOSA, M. M. Prevalência de hipertensão arterial sistêmica e fatores associados em homens e mulheres residentes em municípios da Amazônia Legal. **Rev Bras de Epid**. [S. 1], v. 19, n. 1, p. 38-51, 2016.

STORPIRTIS, S.; RIBEIRO, E.; MARCOLONGO, R. Novas diretrizes para a Assistência Farmacêutica Hospitalar: Atenção Farmacêutica / Farmácia Clínica. In: GOMES, M. J. V. M.; REIS, A. M. M. **Ciências Farmacêuticas: uma abordagem em Farmácia Hospitalar**. São Paulo: Atheneu, 2003. p. 521-530.

WHO, World Health Organization. **Adherence to long term therapies: evidence for action**. Geneva, 2003.



CAPÍTULO 8

ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL FARMACÊUTICO NA SAÚDE COLETIVA

Maria do Socorro Ramos de Queiroz

A Constituição da Saúde Coletiva no Brasil como um campo estruturado e estruturante de práticas e conhecimentos teórico-políticos se deu a partir do final dos anos de 1970 e início da década de 1980, sob influência do cenário socioeconômico e político-ideológico do país e da América Latina. Ademais, o contexto de sucessivas crises no plano epistemológico, nas práticas de saúde pública e na formação de trabalhadores da saúde, tornava urgente a superação do biologicismo e funcionalismo hegemônicos (NUNES, 2007) e uma maior abertura à interdisciplinaridade para lidar com a complexidade dos sujeitos em seus processos de adoecimento (VELLOSO, 2016). Concomitantemente ao surgimento da Saúde Coletiva e opondo-se ao modelo biomédico, deu-se a construção do Sistema Único de Saúde (SUS) e sua legitimação na constituição brasileira de 1988, que concretiza o debate sobre a importância de práticas de cuidado e de gestão em saúde norteadas pelos princípios da universalidade, da integralidade e da equidade (BATISTA; GONÇALVES, 2011).

No tocante à formação de profissionais de saúde para o trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS), entende-se que esta é inseparável dos processos de intercessão coletiva, da capilarização das orientações ético-políticas do sistema de saúde, da transformação da realidade e da mobilização de agentes socialmente engajados na superação dos problemas vivenciados no cotidiano de trabalho. Contudo, na prática, observa-se que muitos profissionais de saúde, necessitam de competências para reconhecer e enfrentar, de modo adequado, os desafios para a consolidação desse sistema de saúde (PASSOS; CARVALHO, 2015). Esse problema é agravado pelo crescimento da terceirização no setor público da saúde, pela precarização das condições de trabalho, pela falta de planos de cargos, salários e carreiras para trabalhadores da saúde e outras questões que lançam desafios à consolidação de uma Política Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação para o SUS (SOUZA et al., 2017).

Vários estudos demonstraram que a inserção do farmacêutico na equipe multidisciplinar resulta em desfechos mais custo-efetivos, porém a maioria desses estudos



foram dirigidos ao estudo de público, doença ou situação específica (ISETTS et al., 2003; STRAND et al., 2004).

Em uma revisão sistemática publicada, foi observado que a maioria dos estudos relacionados à prestação de serviços farmacêuticos na atenção primária foi conduzida nos Estados Unidos, Reino Unido e Canadá, respectivamente. Considerando apenas os estudos em que o farmacêutico trabalhava na mesma unidade que o clínico geral, de modo a avaliar o impacto da inserção desse profissional na equipe e suas intervenções, constatou-se que a maioria dos estudos relatavam efeitos positivos em pelo menos um aspecto do cuidado. Resultados mais expressivos eram alcançados quando o farmacêutico interagia com o prescritor pessoalmente, reforçando a observação de que a presença do farmacêutico nos serviços de atenção primária é essencial para garantir a comunicação efetiva e o estabelecimento de relações interpessoais de forma a aumentar a probabilidade de sucesso nas intervenções (TAN et al., 2014).

É indiscutível o avanço do Brasil em relação às políticas públicas de saúde e à promoção ao acesso a medicamentos essenciais desde a Política Nacional de Medicamentos (PNM), em 1998. Estudos que avaliaram os programas de assistência farmacêutica do governo federal demonstraram expressivo aumento da oferta de medicamentos por esses programas bem como o fato de que as compras públicas se tornassem mais eficientes (FREITAS; GARCIA, 2012; BRASIL, 2013; GARCIA et al., 2013).

Embora os programas para distribuição gratuita de medicamentos no Sistema Único de Saúde (SUS) tenham sido iniciados logo após a publicação da Política Nacional de Medicamentos (PNM), a Assistência Farmacêutica em caráter sistêmico, indo além do aspecto logístico para incluir a prestação de serviços, só tem sido priorizada mais recentemente, com destaque para o aumento da oferta de capacitação em serviços farmacêuticos e gestão e de linha de financiamento para essa finalidade. Apesar desses esforços, segundo estudo realizado pelo Ministério da Saúde em parceria com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), a disponibilidade em estoque dos medicamentos principais foi de 73% nas unidades de saúde e dos medicamentos prescritos, a proporção dispensada ou administrada nas unidades de saúde foi de 66%, o que sugere falta do medicamento ou de adesão aos medicamentos selecionados (OPAS, 2005).

A participação ativa do farmacêutico nas equipes multiprofissionais visa promover a utilização adequada dos medicamentos e a otimização dos resultados de saúde tornando-se uma importante ferramenta para o alcance do uso racional dos medicamentos, permitindo a formação



de um novo modelo de atenção às condições crônicas e para melhoria dos resultados terapêuticos, particularmente no nível dos cuidados primários (BRASIL, 2014).

De modo geral, entende-se que um serviço de boa qualidade é aquele que cumpre os requisitos estabelecidos de acordo com os recursos disponíveis, contribuindo para o benefício da população e minimizando os riscos a saúde, proporcionando qualidade de vida ao usuário. Experiências de gestores municipais têm comprovado que o farmacêutico, inserido nas equipes do Sistema Único de Saúde (SUS), tem contribuído de forma significativa para a melhora na saúde da população local, além de gerar economia aos cofres públicos, humanizar o atendimento e, interferir, de forma positiva, na gestão da logística dos medicamentos e dos serviços da saúde (CRF, 2015).

A qualidade da atenção à saúde pode ser caracterizada pelo grau de competência profissional, pela eficiência na utilização dos recursos, pelo risco proporcionado aos pacientes, pela satisfação dos usuários e pelo efeito favorável na saúde (ARAÚJO; PEREIRA; UETA, 2008).

É recente e ainda insuficiente o número de farmacêuticos no Sistema Único de Saúde (SUS), sobretudo na dispensação de medicamentos nas Unidades Básicas de Saúde. Não há literatura disponível que identifique quantas farmácias de Unidade Básica de Saúde contam com farmacêutico no Brasil, porém estudo realizado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), para avaliar a influência da indústria farmacêutica no SUS, identificou que em 7 de cada 10 farmácias do Sistema Único de Saúde (SUS), faltam farmacêuticos (ANVISA, 2010).

Os elementos básicos dos cuidados primários e dos cuidados farmacêuticos são os mesmos e incluem a centralidade do cuidado no paciente, o tratamento de transtornos agudos e crônicos, a ênfase na prevenção de agravos; a documentação do serviço prestado, o acesso, os cuidados contínuos e sistemáticos, a integralidade do cuidado, a responsabilidade pelo tratamento, a formação/promoção de educação e de saúde (CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 2000; MELO; CASTRO, 2017).

Embora tenha sido estudado o impacto clínico do farmacêutico, há escassez de estudos que demonstrem melhoria do acesso a medicamentos, da qualidade de prescrição e promoção do uso racional de medicamentos após sua inserção em equipes de atenção primária à saúde, sobretudo quando esse profissional acumula também as funções administrativas.



REFERÊNCIAS

ANVISA, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Diagnóstico Situacional da Promoção de Medicamentos em Unidades de Saúde do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília: Anvisa, 2010.

ARAÚJO, A. da L. A. de; PEREIRA, L. R. L.; UETA, J. M. Perfil da assistência farmacêutica na atenção primária do sistema único de saúde. *Ciênc saúde coletiva*. Rio de Janeiro, v. 13, S. 0, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232008000700010&script=sci_arttext. Obtido: 04 de novembro de 2019.

BATISTA, K. B. C.; GONÇALVES, O. S. J. Formação dos profissionais de saúde para o SUS: significado e cuidado. *Saúde Soc.* v. 20, n.4 p. 884-899, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n4/07.pdf>. Obtido em: 15 de abril de 2019.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria GM nº 3.916, de 30 outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos [Internet]. *Diário Oficial da União*, Brasília [citado 2010 nov 28]. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/legis/consolidada/portaria_3916_98.pdf. 6. Obtido em: 12 de janeiro de 2020.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. *Vigitel Brasil 2012*: Brasília: MS, 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Serviços farmacêuticos na atenção básica à saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014, 108p.

CFF, Conselho Federal de Farmácia. **O farmacêutico na assistência farmacêutica do SUS: diretrizes para ação**. Brasília: Conselho Federal de Farmácia, 2015. 298 p.

CIPOLLE, R.; STRAND, L. M.; MORLEY, P. **Pharmaceutical Care Practice**. New York: McGraw Hill; 2000.

FREITAS, L. R. S.; GARCIA, L. P. Evolução da prevalência do diabetes e deste associado à hipertensão arterial no Brasil: análise da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 1998, 2003 e 2008. *Epidemiol e Serviços Saúde*. v. 21, n. 1, p-7-19, 2012.

GARCIA, L. P.; SANT'ANNA, A. C.; MAGALHÃES, L. C. G.; FREITAS, L. R. S.; AUREA, A. P. Gastos das famílias brasileiras com medicamentos segundo a renda familiar: análise da Pesquisa de Orçamentos Familiares de 2002-2003 e de 2008-2009. *Cad Saude Publica*. v. 29, n. 8, p. 1605-1616, 2013.

ISSETTS, B. J.; SCHONDELMEYER, S. W.; ARTZ, M. B.; LENARZ, L. A.; HEATON, A. H.; WADD, W. B.; BROWN, L. M.; CIPOLLE, R. J. Clinical and economic outcomes of medication therapy management services: the Minnesota experience. *J Am Pharm Assoc*. v. 48, n. 2, p. 203-211, 2003.



MELO, D. O. de.; CASTRO, L. L. C. de. A contribuição do farmacêutico para a promoção do acesso e uso racional de medicamentos essenciais no SUS. **Ciênc Saúde Colet.** v. 22, n. 1, p., 2017.

NUNES, E. D. Saúde coletiva: história recente, passado antigo. In: CAMPOS, G. W. S. **Tratado de saúde coletiva.** São Paulo: Hucitec. p. 19-39, 2007.

OPAS, Organização Pan-Americana da Saúde. **Avaliação da Assistência Farmacêutica no Brasil.** Brasília: OPAS, 2005.

PASSOS, E.; CARVALHO, Y. M. A formação para o SUS: abrindo caminhos para a produção do comum. *Saúde Soc.* v. 24, S. 1, p. 92-101, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v24s1/0104-1290-sausoc-24-s1-00092>. Obtido em: 15 de abril de 2019.

SOUZA, K. M. J. de; SEIXAS, C. L.; HELENA MARIA SCHERLOWSKI LEAL DAVIDII, ALINE QUEIROZ DA COSTA. Contribuições da Saúde Coletiva para o trabalho de enfermeiros. **Rev Bras Enferm.** v. 70, n. 3, p. 569-576, 2017.

STRAND, L. M.; CIPOLLE, R. J.; MORLEY, P. C.; FRANKES, M. J. The impact of pharmaceutical care practice on the practitioner and the patient in the ambulatory practice setting: twenty-five years of experience. **Curr Pharm Des.** v. 31, n. 10, p. 3987-4001, 2004.

TAN, E. C. K.; STEWART, K.; ELLIOTT, R. A.; GEORGE, J. Pharmacist services provided in general practice clinics: a systematic review and meta-analysis. **Res Social Adm Pharm.** v. 10, n. 4, p. 608-622, 2014.

VELLOSO, M. P.; GUIMARÃES, M. B. L.; CRUZ, C. R. R.; NEVES, T. C. C. Interdisciplinaridade e formação na área de saúde coletiva. *Trab Educ Saúde.* v. 14, n. 1, p. 257-271, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tes/v14n1/1981-7746-tes-14-01-0257.pdf>. Obtido em: 15 de abril de 2019.



CAPÍTULO 9

PET FARMÁCIA UEPB E AS ATIVIDADES EXTENSIONISTAS ATRAVÉS DAS CAMPANHAS DE PROMOÇÃO A SAÚDE

Alicia Santos de Moura
Ivania Alves Guedes
Lethycia da Silva Barros
Brunna Emanuely Guedes de Oliveira
Fábio Emanuel Pachú Cavalcante
Maria do Socorro Ramos de Queiroz

INTRODUÇÃO

A extensão universitária é uma forma de interação que deve existir entre a universidade e a comunidade na qual ela está inserida, traduzindo-se como uma ponte permanente entre a instituição de ensino superior e a sociedade (NUNES; SILVA, 2011).

Como parte da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, as atividades extensionistas constituem-se como uma possibilidade das universidades exercerem sua autonomia didático-científica, administrativa e de gestão financeira e patrimonial, obedecendo ao princípio da indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão, sendo este tripé o eixo fundamental da universidade. Embora estas três funções básicas da universidade devam ser equivalentes e receber igualdade de tratamento por parte das instituições de ensino superior, a extensão é, de certa forma, pouco explorada, visto que as atividades de ensino e pesquisa são mais evidenciadas (MOITA; ANDRADE, 2009).

Através da extensão, a universidade influencia e também é influenciada pela comunidade, possibilitando uma troca de valores e conhecimentos entre a universidade e o meio social. É na extensão que os universitários vão vivenciar e refletir sobre os conceitos e teorias aprendidas nas atividades de ensino, consolidando e complementando o aprendizado com a sua aplicação.

O Ministério da Saúde promove atividades de Atenção Primária a Saúde que podem ser realizadas através de reuniões de prevenção baseadas nos meses e nas cores. As entidades da sociedade civil adotaram as “cores da saúde”, reconhecidas em todo o mundo e identificadas em campanhas publicitárias com o objetivo de propagar informações sobre doenças e alertar as



pessoas a prevenção. Estas cores mudam conforme o mês e são representadas por símbolos como o laço. Desde a década de 1990, são exploradas pela publicidade, pela imprensa e por organizações da sociedade civil.

O uso de laços que acompanham a campanha de cada mês é atribuído ao surgimento do laço vermelho, símbolo do ativismo pela prevenção da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), que começou em 1990. Logo depois, a fundação norte-americana Susan G. Komen, conhecida pelo seu trabalho na prevenção do câncer de mama, adotou o laço cor-de-rosa. Apesar de existirem diversas iniciativas na área de saúde voltada para os mais diversos públicos e contra vários tipos de doença, a maioria acontece quando ocorre uma epidemia da enfermidade ou quando algum avanço é descoberto. É por isso que desde quando surgiu, a campanha contra o Câncer de Mama é sucesso, porque apesar de acontecer durante um mês apenas, ela é recorrente em todos os anos (CAMPANHAS DE SAÚDE..., 2019; CORES DA SAÚDE..., 2019; SIGNIFICADO DOS LAÇOS..., 2019; QUAL É A DOENÇA DO MÊS?..., 2019).

Com o tempo, a causa foi crescendo e ganhando apoio de diversas formas: com a iluminação de monumentos e edificações na cor temática, com corridas de rua ou com mutirões de exames gratuitos e o Ministério da Saúde enfatizou as outras campanhas (CORES DA SAÚDE..., 2019).

Refletir sobre as práticas da saúde implica refletir sobre a formação e o desenvolvimento dos profissionais da área mediante os modos de ensinar e aprender nas academias e das formas de educar, cuidar, tratar e acompanhar as pessoas que necessitam de assistência. No intuito de se passar o conhecimento, por meio das habilidades e sensibilidade a partir das artes e do diálogo, tenta-se favorecer o desenvolvimento da empatia, capacidade de relacionamento e narrativa, entendendo-se que há distribuição do conhecimento não só nos meios acadêmicos, como também em ambientes menos providos de acesso a informações (FERREIRA et al., 2009).

Nesta perspectiva, é imprescindível o desenvolvimento de ações junto à comunidade, de forma a serem construídos novos e diferentes saberes, a partir da fusão do conhecimento popular com o científico, garantindo o intercâmbio de conhecimentos, o envolvimento com questões sociais e o desenvolvimento de ações de promoção da saúde a partir de um prisma holístico, onde as diversas visões de mundo sejam respeitadas.



METODOLOGIA

As atividades do PET-Farmácia UEPB aconteceram em 02 Estratégias Saúde da Família (ESF), situada em Campina Grande-PB, com uma amostra de aproximadamente 180 indivíduos. Também foram realizadas ações com discentes do curso de Graduação (FIGURA 1). Tratou-se de um trabalho mensal realizado por doze petianos com orientação e supervisão da tutora do programa. Os encontros tutoriais ocorreram segundo a expectativa dos estudantes quanto à escolha dos temas relacionados à Atenção Básica. Realizamos, inicialmente, um levantamento bibliográfico em Manuais do Ministério da Saúde e em revistas nacionais que trazem publicações na área de Saúde Pública.

RESULTADOS E IMPACTOS

Os petianos afirmaram que os objetivos propostos pelo programa foram atingidos. A cada campanha realizada era exposta a logomarca e distribuída as fitas com as cores relacionadas. Ao final do trabalho era feito um feedback para observar o grau de entendimento do grupo. As 06 campanhas (QUADRO 1) aconteceram durante o ano de 2019 e a proposta é de dar continuidade de forma mais intensificada e aprofundada procurando ampliar para outros meses e divulgar nas redes sociais. Mais do que poder simbólico, as campanhas de prevenção ofereceram diversas formas de conscientização e informação a milhares de pessoas.

Foram abordados os seguintes pontos: O que é a doença? Os Fatores de Risco. As complicações de cada doença; A prevenção e o tratamento. Foi uma experiência de grande valia uma vez que os petianos tiveram a oportunidade de colocar em prática os conhecimentos adquiridos na graduação e também adquirir experiência com a comunidade.

Ferreira et al., (2007) verificaram que a atuação prática de estudantes na Atenção Primária desde o início do curso permite que eles reconheçam uma nova concepção de aprendizagem, na qual utilizam capacidades prévias e buscam novos conhecimentos (cognitivos, afetivos e psicomotores) para enfrentar as situações que emergem do cotidiano, construindo, assim, maior significado em sua aprendizagem e possibilitando a construção de novos saberes.

As atividades propostas pelo PET Farmácia da UEPB possibilitou a construção de uma nova alternativa de educação e extensão, quebrando o modelo tradicional de ensino. A inserção no serviço desenvolve nos estudantes habilidades para o trabalho em equipe e relações



interpessoais. Além do mais, o Programa oferece apoio, sob a orientação de um tutor, à realização de atividades extracurriculares que complementam a formação acadêmica e atendam às necessidades do próprio curso de graduação, tendo-se oportunidades para vivenciar experiências, que são facilitadas pela inserção das atividades no campo de trabalho.

QUADRO 1: Os meses e as cores das campanhas.

	Janeiro Branco: ações de Saúde Mental
	Abril Vermelho: ações de prevenção e controle da Hipertensão Arterial Sistêmica
	Setembro Amarelo: ações de combate ao Suicídio
	Setembro Lilás: ações de combate ao Alzheimer
	Outubro Rosa: ações de combate ao câncer de mama
	Novembro Azul: ações de combate ao Câncer de Próstata
	Novembro Azul: ações de combate ao Diabetes
	Dezembro Laranja: ações de combate ao Câncer de Pele

Também foi importante destacar que a academia cumpre o seu papel social de buscar por meio dos trabalhos científicos, divulgados, subsídios para o planejamento de ações que possam dar apoio à comunidade e melhorar os serviços de saúde oferecidos pela Estratégia Saúde da Família (ESF).

Portanto, se faz necessário que os discentes reflitam sobre as práticas de Saúde, sobre a formação e o desenvolvimento dos profissionais da área, através dos modos de ensinar e aprender nas academias e das formas de educar, cuidar, tratar e acompanhar as pessoas que precisem de assistência à saúde, desta forma as experiências adquiridas quando estudantes servirão de alicerce para a vida profissional principalmente se forem atuar na atenção primária a saúde.



FIGURA 1: Atividades desenvolvidas com discentes da graduação durante o “Setembro Amarelo”

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste trabalho, apresentamos as atividades realizadas pelo PET Farmácia UEPB em relação ao eixo extensão e ressaltamos a importância desse eixo tanto no que se refere ao público beneficiado pelas atividades, quanto no que concerne aos próprios integrantes do programa. As vivências obtidas com essas atividades nos auxiliaram demasiadamente nas mais diversas práticas requeridas pela academia. Embora tenhamos nos detidos ao eixo extensão, cabe salientar que as atividades do PET Farmácia UEPB são indissociáveis, uma vez que buscamos abarcar a tríade composta por ensino, pesquisa e extensão. Outro fator que merece ser ressaltado diz respeito à construção da autonomia dos petianos que puderam estar, no decorrer de tais atividades, aperfeiçoando sua prática, com o contato direto com a comunidade, com seu objeto de estudo e com seu público alvo.

REFERÊNCIAS

BRASIL, Constituição. **Constituição da República Federativa do Brasil (1988)**. Texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas emendas Constitucionais nº 1/1992 a 64/2010, pelo Decreto legislativo nº 186/2008 e pelas emendas Constitucionais de Revisão nº 1 a 6/1994. 32ed. Brasília: Câmara dos Deputados, edições Câmara, 2010.

CORES DA SAÚDE: LAÇOS DE FITA ALERTAM PARA CONTROLE DE DOENÇAS. Disponível em: <http://www.ceara.gov.br/2015/10/02/cores-da-saude-lacos-de-fita-alertam-para-controle-de-doencas/> Acesso em: 08 de janeiro de 2019.

FERREIRA M, et al. Construção coletiva de experiências inovadoras no processo ensino-aprendizagem na formação de profissionais da saúde. **Rev Bras Educ Méd**. n. 33, v. 2, p. 240-246, 2009.



SIGNIFICADO DOS LAÇOS. Disponível em <http://www.naomaispelo.com.br/noticia/significados-dos-lacos-e-suas-cores-nas-campanhas-de-conscientizacao-sobre-o-cancer/>. Acesso em: 08 de janeiro de 2019.

QUAL É A DOENÇA DO MÊS? CAMPANHAS DISPUTAM ESPAÇO NO CALENDÁRIO. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2016/10/1825452-qual-e-a-doenca-do-mes-campanhas-disputam-espaco-no-calendario.shtml> / Acesso em: 19 de maio de 2019.

CAMPANHAS DE SAÚDE E A EVOLUÇÃO DA MANEIRA DE COMUNICAR A PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE DOENÇAS. Disponível em: <http://brasil.bm.com/blog-radar-digital/campanhas-de-saude-e-evolucao-da-maneira-de-comunicar-prevencao-e-tratamento-de-doencas/>. Acesso em: 19 de maio de 2019.

MOITA, F. M. G. S. C., ANDRADE, F. C. B. Ensino-pesquisa-extensão: um exercício de indissociabilidade na pós-graduação. Revista Brasileira de Educação. v. 41, n. 14, p. 269-280, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbedu/v14n41/v14n41a06.pdf>. Acesso em: 19 de maio de 2018.

NUNES, A. L. P. F.; SILVA, M. B. C. A extensão universitária no ensino superior e a sociedade. Mal-Estar e Sociedade. v. 7, n. 4, p. 119-133, 2011. Disponível em: <http://www.uemg.br/openjournal>. Acesso em: 19 de maio de 2019.



CAPÍTULO 10

O FARMACÊUTICO E A HANSENÍASE: O QUE FAZER?

**Isabela Motta Felício
Renata Oliveira Nóbrega da Silva
Maria do Socorro Ramos de Queiroz**

A Hanseníase é uma doença infectocontagiosa, de evolução lenta, cuja manifestação se dá através de sinais e sintomas dermatoneurológicos. Seu agente etiológico é o *Mycobacterium leprae*, caracterizado por apresentar alta infectividade e baixa patogenicidade (ROMÃO; MAZZONI, 2013). A preferência pela pele e nervos periféricos são características peculiares dessa doença, facilitando na maioria dos casos, o diagnóstico (CASSOL et al., 2015).

Por muito tempo a doença era conhecida como “Lepra”. Como não se conhecia o agente causador, os portadores da doença eram isolados, sendo expulsos de suas colônias e povoados. A Organização Mundial da Saúde (OMS) lançou a Portaria nº 165 de 14 de maio de 1976 proscurendo a palavra “Lepra” e suas derivações descritas na Lei nº 9010 de 29 de março de 1995 (BRASIL, 1977; BRASIL, 1995). O uso da nova terminologia “Hanseníase” é um avanço para eliminar preconceitos e a rejeição dos portadores (RODRIGUES; AZEVEDO, 2014).

Segundo Cohen (2009), os dados numéricos da Organização Mundial da Saúde (OMS) mostraram que nos últimos 25 anos, a Hanseníase apresentou uma queda na prevalência no mundo, principalmente em países endêmicos, como o Brasil, que ainda apresenta mais de 80% dos pacientes das Américas.

O *Mycobacterium leprae*, também conhecido como Bacilo de Hansen (BH) é álcool-ácido resistente, parasita intracelular, e apresenta maior taxa de crescimento em temperaturas inferiores a 30°C, o que justifica a localização das lesões na pele (ROMÃO; MAZZONI, 2013).

A Hanseníase possui quatro formas clínicas, aos aspectos histológicos, bacteriológicos e imunológicos: Tuberculoide, Indeterminada, Dimorfa e Virchowiana respeitando os critérios de cada caso individualmente (GARCIA, 2011).

O Ministério da Saúde utiliza a classificação de Madri para diferenciar os pacientes acometidos pela Hanseníase: Paucibacilares: casos com até cinco lesões de pele e/ou apenas um tronco nervoso comprometido e Multibacilares: casos com mais de cinco lesões de pele e/ou mais de um tronco nervoso acometido e com baciloscopia positiva (SOUSA, 2012;



FERNANDES et al., 2017). Esta classificação irá determinar as características do tratamento, especificamente quanto a sua duração e ao tipo de droga administrada. Na ausência das lesões cutâneas (forma neural pura), o quadro clínico da Hanseníase assemelha-se ao de outras neuropatias, dificultando, desta forma, o diagnóstico precoce (CASSOL et al., 2015).

O tratamento do portador da doença é essencial para a sua cura e para a eliminação da fonte de infecção, quebrando a cadeia de transmissão da doença. É composto por quimioterápico específico com poliquimioterapia (PQT), associado ao acompanhamento para identificar e solucionar possíveis intercorrências, bem como a prevenção e o tratamento das incapacidades físicas (BRASIL, 2007).

Caracterização da Hanseníase

A Hanseníase é uma doença infectocontagiosa de evolução crônica que se manifesta, principalmente, por lesões cutâneas com diminuição de sensibilidade térmica, dolorosa e tátil. O agente causador é o *Mycobacterium leprae* (ROMÃO; MAZZONI, 2013).

O *Mycobacterium leprae* ou bacilo de Hansen foi descrito em 1873 pelo norueguês Amauer Hansen, é um parasita intracelular obrigatório que possui afinidade por células cutâneas e nervos periféricos. Apresenta-se em forma de bastonetes álcool-ácido resistente. Sua reprodução é entre 12 a 14 dias e não pode ser cultivado ficando disponível no meio ambiente em até 36 horas numa temperatura de 36,7 °C (RODRIGUES; AZEVEDO, 2014).

Quanto a taxonomia do bacilo de Hansen, denominado *Mycobacterium leprae* é determinada a Classe: *Schizomycetes*; Ordem: *Actinomycetales*; Família: *Mycobacteriaceae*; Gênero: *Mycobacterium* (BRASIL, 1960).

O período de incubação do *Mycobacterium leprae* é em média de 2 a 7 anos, com referências a períodos mais curtos, 7 meses, assim como a mais longos, 10 anos. Para o tratamento, deve-se seguir a classificação operacional feita com base em: carga bacilar, número de lesões cutâneas, sinais e sintomas da doença, testes imunológicos e exames laboratoriais, como a baciloscopia (ROMÃO; MAZZONI, 2013).

Epidemiologia da Hanseníase

O homem é considerado como o único reservatório natural do bacilo. Os pacientes portadores de formas multibacilares são considerados a principal fonte de infecção. A existência de portadores sadios tem sido relatada pelos estudos de DNA utilizando a técnica da reação em



cadeia da polimerase (PCR), entretanto, o papel desses na transmissão e o seu risco de adoecimento não está definido (ARAÚJO, 2003).

As vias aéreas superiores constituem a principal porta de entrada e via de eliminação do bacilo. A pele erodida, eventualmente, pode ser porta de entrada da infecção. As secreções orgânicas como leite, espermatozoides, suor e secreção vaginal, podem eliminar bacilos, mas não possuem importância na disseminação da infecção (ARAÚJO, 2003).

A epidemiologia da Hanseníase tem como principais áreas endêmicas países com um clima tropical, elevadas temperaturas e precipitações pluviométricas. Em regiões de clima temperado e frio, entretanto, esta doença também apresentou incidências altas, mas com eliminação sem uma explicação definitiva (MAGALHÃES; ROJAS, 2007).

Segundo Tayah et al., (2007) a Hanseníase é um grave problema de saúde pública no Brasil. Há uma enorme repercussão psicológica gerada pelas incapacidades físicas, advindas da doença. Essas incapacidades constituem a grande causa de estigmatização e de isolamento do paciente na sociedade, levando conseqüentemente a uma queda na qualidade de vida, afetando o lado físico, social e psicológico desses indivíduos.

Formas clínicas da hanseníase

As formas clínicas da Hanseníase dependem mais da resposta imunocelular do hospedeiro ao *Mycobacterium leprae* do que da capacidade de multiplicação bacilar. A Hanseníase é classificada em: Indeterminada, Tuberculoide, Dimorfa e Virchowiana (LASTÓRIA; ABREU, 2012).

Hanseníase Indeterminada

É a primeira manifestação clínica da doença, após meses ou anos ocorre outra forma clínica ou a cura da patologia (RODRIGUES; AZEVEDO, 2014). Apresenta poucas lesões na pele de coloração esbranquiçada, manifesta-se por máculas hipocrômicas, acrômicas, eritematosas ou eritematosas-hipocrômicas, de limites imprecisos, com alterações da sensibilidade (CASSOL et al., 2015).

Em certos casos, aparecem apenas distúrbios da sensibilidade em áreas aparentemente sadias. Nas lesões, observam-se hiperestesia ou anestesia, anidrose e alopecia. As lesões cutâneas são ovais ou circulares, isoladas ou confluentes, de localização e número variáveis (CASSOL et al., 2015).



Hanseníase Tuberculóide

A lesões são sólidas e elevadas com menos de 1 cm de diâmetro com aspecto papuloso ou tuberoso, às vezes agrupando-se em placas, de tamanhos variados, bem delimitadas. Outras vezes formam lesões circinadas ou anulares, assimétricas, quase sempre únicas ou pouco numerosas; a hipo ou anestesia é precoce e está sempre presente (CASSOL et al., 2015).

A doença acomete crianças, nas idades entre dois e quatro anos, sendo denominada como Hanseníase Tuberculóide nodular da infância (RODRIGUES; AZEVEDO, 2014).

Geralmente, o comprometimento neurítico é de um ou poucos nervos. Em raros casos (elevada resistência), pode haver necrose do nervo (neurite coliquativa, impropriamente chamada abscesso de nervo) (CASSOL et. al., 2015). Os bacilos não são encontrados nos esfregaços de rotina e o histopatológico aponta um quadro histológico tuberculóide, os casos tem tendência à cura espontânea (RODRIGUES; AZEVEDO, 2014).

Hanseníase Dimorfa

Conhecida como Bordeline em algumas literaturas, este grupo é caracterizado por sua instabilidade imunológica, o que faz com que haja grande variação em suas manifestações clínicas, seja na pele, nos nervos, ou no comprometimento sistêmico (CASSOL et al., 2015).

As lesões da pele revelam-se numerosas e sua morfologia de Hanseníase Virchowiana e Hanseníase Tuberculóide, podendo haver predominância, hora de um, hora de outro tipo. Compreendem placas eritematosas manchas hipocrômicas com bordas ferruginosas, manchas eritematosas ou acastanhadas, com limite interno nítido e limites externos imprecisos (ARAÚJO, 2003).

Também são denominadas “queijo-suíço”, pois algumas são representadas por placas eritematosas de limites externos mal definidos com eritema que perde a cor gradativamente e contrastam com a demarcação mais definida dos limites internos da borda da lesão cutânea. As lesões neurais são expressivas, podendo atingir mais de um tronco nervoso (RODRIGUES; AZEVEDO, 2014).



Hanseníase Virchowiana

Nesse tipo de Hanseníase, o organismo não oferece resistência à multiplicação do bacilo, o que resulta no desenvolvimento e dispersão da doença (RODRIGUES; AZEVEDO, 2014).

Lesões cutâneas eritematosas infiltradas com limites externos poucos nítidos. São em geral simétricas e localizam-se em praticamente todo o corpo. As áreas mais comprometidas são: a região frontal centro medial da face e lóbulos da orelha, o que caracteriza a “face leonina” (SOUZA, 1997).

Apresenta comprometimento das áreas extensoras dos membros, antebraço, dorso da mão, e extremidades dos membros superiores e inferiores, observando articulações e dígitos com presença de edemas e com diminuição ou ausência de pelos (SOUZA, 1997).

É comum a polineurite simétrica. As mucosas nasal, orofaríngea e ocular apresentam-se infiltradas. Pode haver adenopatia e comprometimento de outros órgãos (laringe, testículos, baço, fígado, dentre outros) (CASSOL et al., 2015).

Diagnóstico da Hanseníase

O diagnóstico da Hanseníase é realizado através do exame clínico dermatoneurológico (BRASIL, 2002). Buscam-se sinais da doença no paciente, na qual são geralmente lesões mais claras que a pele. Também são realizadas análises da história do paciente e suas condições de vida.

A presença de um ou mais sinais como: presença de lesão ou lesões de pele com alteração de sensibilidade, acometimento de um ou mais nervos associados à presença de espessamento neural e/ou baciloscopia positiva, define-se como caso de tratamento para a hanseníase (CAVALCANTI; SILVA, 2008).

A baciloscopia é o exame complementar mais útil no diagnóstico. Mostra-se negativa nas formas Tuberculóide e Indeterminada, fortemente positiva na forma Virchowiana e revela resultado variável na forma Dimorfa. A afinidade que o bacilo apresenta por pele e nervos periféricos, facilita no diagnóstico da doença e no tratamento (ARAÚJO, 2003).

Existem outros exames, quando necessários, como o exame histopatológico da pele nos casos em que há dúvidas diagnósticas ou na sua classificação (ARAÚJO, 2003).



Tratamento da Hanseníase

O tratamento da Hanseníase compreende em poliquimioterapia específica (PQT), supressão dos surtos reacionais, prevenção de incapacidades físicas, reabilitação física e psicossocial (ARAÚJO, 2003).

A forma de tratamento difere em consideração o número de lesões. Nas duas formas o tratamento é realizado com os mesmos medicamentos, que são: dapzona, clofazimina e rifampicina. O que difere é o tempo de uso, sendo a paucibacilar durante seis meses e a multibacilar durante um ano (RODRIGUES; AZEVEDO, 2014).

A PQT é recomendada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), pois a associação dos medicamentos evita a resistência do bacilo, tornando-o inativo e inviável, levando à cura. Sendo assim, com o começo do tratamento, a transmissão da doença é logo interrompida e, se realizado de forma completa e correta, garante a cura da doença (CAVALCANTI; SILVA, 2008).

O tratamento pode gerar efeitos colaterais, tais como: reações alérgicas agudas, icterícia, nesse caso o paciente deve suspender o tratamento e procurar um centro de referência. O surgimento de efeitos colaterais secundários como: urina avermelhada decorrente da rifampicina ou alterações na cor da pele pelo uso da clofazimina, não deverá suspender o tratamento, pois essas alterações desaparecerão ao final do tratamento (RODRIGUES; AZEVEDO, 2014).

Para o tratamento de febre e inchaço dos membros inferiores e superiores, devido as reações hansênicas, o tratamento é feito com aspirina 500 mg em até seis vezes ao dia ou paracetamol 1000 mg até quatro vezes ao dia. Em casos mais graves em que envolvem os nervos ou o corpo inteiro, deve ser feito tratamento à base de corticoides ou talidomida (BRASIL, 2002).

Protocolos e cuidados farmacêuticos

Apesar de não ser considerada uma doença erradicável, a Hanseníase tem cura. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estabeleceu protocolos, nos quais a duração de tratamento varia, de acordo com a forma da doença. São seis meses de tratamento para os pacientes com poucas lesões e 12 meses para as formas mais graves, com mais de cinco lesões. Ao iniciar o uso das medicações a pessoa deixa de ser, automaticamente, um transmissor da Hanseníase (OMS, 2016).



Como membro da equipe multiprofissional de cuidado, o farmacêutico pode contribuir para a adesão ao tratamento medicamentoso, orientando o paciente sobre o uso correto dos medicamentos e seus possíveis efeitos colaterais e reforçando a importância da conclusão do tratamento para obtenção da cura da doença. Para tanto, o profissional precisa compreender as dificuldades do paciente para aderir ao tratamento, de forma a subsidiar a realização de um cuidado mais humanizado e de qualidade, implicando na promoção de ações de saúde que se traduzam na resolução dos problemas identificados, contribuindo para a prestação de assistência integral ao paciente e reforçando o vínculo paciente/profissional de saúde.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, M. G. Hanseníase no Brasil. **Rev da Sociedade Bras de Medicina Tropical**. n. 3, v. 36, p.:373-382, 2003.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Manual de Leprologia**. Rio de Janeiro – Brasil, 1960, 192p.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria Ministerial n.º 165, de 14 de maio de 1976 que estabelece a Política de Controle da Hanseníase. **Hansen Int**. n. 2, v. 1, p. 91-103, 1977.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Lei nº 9.010 de 29 de março de 1995**. Dispõe sobre a terminologia oficial relativa à hanseníase e dá outras providências. Brasília. (DF), 1995.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Guia para o Controle da hanseníase**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002, 89p.

BRASIL, Departamento de Informática do SUS. População estimada segundo município - 2007. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi//tabcgi.exe?32>. Acesso em: 05 de junho de 2019.

CASSOL, A. M.; CAMPOS JÚNIOR, A. P. de; MORAES, J. S. de; MACHADO, M. S.; RAMOS, M. de L. Perfil epidemiológico e incapacidades físicas em pacientes com hanseníase no centro de saúde de Barra do Garças-MT. **Interdisciplinar: Rev Eletrônica UNIVAR**. n. 13. v. 1. p. 64-68, 2015.

CAVALCANTI, C. D. T. V.; SILVA, C. G. C. **Situação de Hanseníase no município de Cabrobó, PE, 2001 a 2007**. 2008. 28f. [Monografia - Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde]. Centro Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2008.

COHEN, J. M. Hanseníase ocular: uma abordagem histórica. **Arq Brasileiro de Oftalmologia**. n. 72, v. 5, p. 728-733, 2009.



FERNANDES, M. V. C.; ESTEVES, A. V. F.; CASTRO, D. B. de.; ROCHA, E. P. SANTOS, C. B. dos. Hanseníase na população juvenil e sua relação com a desigualdade social: revisão integrativa. **Scientia Amazonia**. n. 1, v. 6, p. 117-124, 2017.

GARCIA, A. C. M. Caracterização dos pacientes diagnosticados com hanseníase no município de Campina Grande-PB no período de 2001 a 2008. [Trabalho de Conclusão de Curso]. Universidade Estadual da Paraíba – UEPB, 2011.

LASTÓRIA, J. C.; ABREU, M. A. M. M. de. Hanseníase: diagnóstico e tratamento. **Diagn Tratamento**. n. 17, v. 4, p. 173-179, 2012.

MAGALHÃES M. C. C.; ROJAS L. I. Diferenciação territorial da hanseníase no Brasil. **Rev Epidemiologia e Serviços de Saúde**. n. 2, v.16, p. 75 -84, 2007.

OMS, Organização Mundial de Saúde. **Media centre. Leprosy**. 2016. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs_101/en/>. Acesso em: 05 de Junho de 2019.

RODRIGUES, S. M.; AZEVEDO, Y. B. Hanseníase: Do conceito ao tratamento. [Trabalho de Conclusão de Curso]. Goiânia - GO: Faculdade Alfredo Nasser. Janeiro/ 2014.

ROMÃO, E. R.; MAZZONI, A. M. Perfil epidemiológico da hanseníase no município de Guarulhos, SP. **Rev de Epidemiologia e Controle de Infecção**. n. 3, v. 1, p. :22-27, 2013.

SOUZA, C. S. Hanseníase: formas clínicas e diagnóstico diferencial. **Medicina, Ribeirão Preto**. n. 30, p. 325-334, jul./set. 1997.

SOUSA, V. M. Situação epidemiológica da hanseníase no município de Campina Grande, 2005 a 2009, 2012. 35f [Trabalho de Conclusão de curso]. Universidade Estadual da Paraíba – UEPB, 2012.

TAYAH, D; ALVAREZ L; REHDER J R. C. de L. A importância da avaliação da qualidade de vida em pacientes com hanseníase ocular. **Rev Brasileira de Oftalmologia**. n. 1, v.66, p. 33-38, 2007.



CAPÍTULO 11

AVALIAÇÃO DO NÍVEL SÉRICO DO ANTÍGENO PROSTÁTICO ESPECÍFICO: UMA CAMPANHA QUE FORTALECEU O PROGRAMA SAÚDE DO HOMEM

Layla Maria Neves dos Santos
Ingrid Costa Santos
Brunna Emanuely Guedes de Oliveira
Maria Luisa de Sá Vieira
Yann Matheus Cândido de Queiroz
Maria do Socorro Ramos de Queiroz

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) foi criada em 2009 tem como objetivo a promoção de ações de saúde que contribuam significativamente para a realidade masculina nos contextos políticos, socioculturais ou econômicos e também valorizar diretrizes que influenciam na melhoria das condições de vida através de discussões sobre tabagismo, álcool, hipertensão, Doenças Sexualmente Transmissíveis. A política abrange os homens entre 25 a 59 anos de idade e é responsável em reduzir a morbimortalidade dos homens por meio da ampliação e facilitação do acesso e de ações de prevenção e assistência à saúde (BRASIL, 2009).

De acordo com o Ministério da Saúde, a primeira causa de morte masculina são as doenças do coração, seguida pelas cerebrovasculares, depois por homicídios, acidentes de transporte, pneumonia, doenças do fígado, diabetes, hipertensão, cânceres (principalmente de pulmão, próstata e estômago), outras doenças circulatórias e a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) (OPAS, 2014; MOREIRA et al., 2016).

Doenças relacionadas ao homem

- **Hiperplasia Prostática Benigna (HPB)**

A Hiperplasia Prostática Benigna (HPB) é uma condição clínica frequente a partir da sexta década de vida, sendo a neoplasia benigna mais comum no homem. Manifestações clínicas por crescimento benigno da próstata provocam aparecimento de sintomas urinários que geram impacto negativo na qualidade de vida dessa população. Estima-se em 30% a chance de



um homem, durante sua vida, necessitar tratar sintomas decorrentes da HPB e, aproximadamente 10% de ser submetido a tratamento cirúrgico (VANDERLEI JÚNIOR, 2015).

- **Câncer de Próstata (CaP)**

O câncer de próstata (CaP) é um dos cânceres que mais acometem a população masculina, ocupando assim o 2º lugar no ranking mundial sendo registrados cerca de 180.890 novos casos em 2016 (INCA, 2018). Ocorre pela hiperplasia de células da glândula prostática, que está situada abaixo da bexiga e frente ao reto e que também produz parte do fluido seminal (aproximadamente de 10-30%) que é ejaculado pelo homem durante o ato sexual. Este tipo de câncer pode apresentar tanto uma evolução lenta como rápida, quando lenta é recomendável que esse indivíduo seja monitorado para que o câncer não venha a se agravar, porém quando se apresenta como um câncer de evolução rápida pode ocorrer metástase e levar o indivíduo a óbito (INCA, 2018).

A etiologia do câncer de próstata ainda não está bem esclarecida, porém se conhece alguns fatores de risco associados a esse processo de carcinogênese, como idade (>50 anos), fatores genéticos (histórico familiar), fatores ambientais (exposição a agrotóxico), raça, e hábitos de vida como sedentarismo, consumo excessivo de carnes vermelhas entre outros, podem contribuir efetivamente para o aparecimento do câncer no indivíduo (BACELAR JÚNIOR et al., 2015).

Inicialmente o câncer de próstata é assintomático, no entanto, na fase inicial este tipo de câncer pode apresentar evolução silenciosa, sem que o paciente apresente sintoma algum, assemelhando-se ao desenvolvimento benigno da próstata. Durante a fase avançada pode apresentar sintomas como: dor óssea, sintomas urinários como micção excessiva e frequente, e insuficiência renal em caso de infecções generalizadas (FRIESTINO et al., 2013).

Entre as doenças crônicas, o câncer é apontado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como um grande problema de saúde pública, em decorrência das altas taxas de incidência e mortalidade. Existe aproximadamente no mundo 10 milhões de pessoas com câncer e a estimativa para o ano de 2020 é de 16 milhões de casos (FRIESTINO et al., 2013). Segundo o Instituto Nacional de Câncer (INCA), o número de novos casos de deste tipo de câncer no mundo é aproximadamente 543 mil por ano, representando 15,3% de todos os casos incidentes em países desenvolvidos e 4,3% dos casos em países em desenvolvimento. Este tipo de câncer



é raro antes dos 50 anos, mas a incidência aumenta constantemente com a idade, atingindo quase 50% dos indivíduos com 80 anos, e quase 100% daqueles com 100 anos (COSTA et al., 2015).

O câncer de próstata pode ser diagnosticado através de exame clínico mais conhecido como toque retal, que juntamente com o exame da dosagem de antígeno prostático específico (PSA), são realizados para o rastreamento. Também é realizado o estudo histopatológico de um fragmento de tecido obtido da biópsia da glândula prostática para o diagnóstico conclusivo (FRIESTINO et al., 2013).

A Lei 10.289, de 20 de setembro de 2001 institui o Programa Nacional de Controle do Câncer de Próstata, incluindo a campanha institucional nas redes de comunicação com intuito de prevenir este tipo de câncer através das orientações. Esta lei também estabeleceu parcerias com as Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde, disponibilizando aos homens acima de quarenta anos, exames para a prevenção ao câncer de próstata (BRASIL, 2001).

O tratamento depende do estadiamento da doença e do grau histológico. Ele é raramente curável quando se encontra infiltrado na gordura periprostática, nas vesículas seminais, linfonodos pélvicos ou disseminados para outras localidades. Mas é bastante efetivo quando detectado precocemente e está localizado. As principais modalidades de tratamento para o câncer de próstata incluem a observação, o ato cirúrgico de retirada do tumor, a radioterapia e a hormonioterapia. Estes podem ser aplicados isoladamente ou em conjunto (MCANINCH; LUE, 2014).

No Brasil, o Instituto Nacional de Câncer (INCA), recomenda que o controle do câncer de próstata seja baseado em ações educativas voltadas em primeiro lugar à população masculina, alertando sobre os sinais e os sintomas iniciais do câncer de próstata, estimulando-os a procurar uma unidade de saúde tão logo sejam notados; em seguida, aos profissionais de saúde, atualizando-os sobre os sinais de alerta para suspeição do câncer da próstata e os procedimentos de encaminhamento para o diagnóstico precoce dos possíveis casos (INCA, 2018).

Para prevenção do câncer de próstata, o toque retal é o teste mais empregado. Apesar de suas limitações é utilizado em associação à dosagem do antígeno prostático específico (PSA) e sua sensibilidade pode chegar a 95%. O antígeno prostático específico (PSA) é uma glicoproteína originária na próstata e o seu nível elevado na corrente sanguínea é considerado importante marcador biológico para algumas doenças da próstata, entre elas o câncer (SANTIN et al., 2016; INCA, 2018).



O que é Novembro Azul?

Novembro Azul é o nome do movimento internacional que busca a conscientização a respeito do Câncer de Próstata (CaP) e da saúde masculina. A campanha, mundialmente conhecida como *Movember*, visa alertar os homens da importância do diagnóstico precoce. O mês foi escolhido por conta do Dia Mundial do Combate ao Câncer de Próstata, comemorado em 17 de novembro.

A campanha teve início em 2003, na Austrália, quando alguns amigos tiveram a ideia de deixar o bigode que, na época, estava fora de moda crescer com o objetivo de chamar a atenção para a saúde masculina. No começo, um grupo de 30 homens aceitou a proposta, e assim surgiu a *Movember Foundation*, uma organização sem fins lucrativos que busca arrecadar fundos para pesquisar e auxiliar o tratamento do câncer de próstata e outras doenças que acometem os homens frequentemente. Conforme os anos foram se passando, a campanha conquistou cada vez mais adeptos, até se tornar mundial. Hoje, ela é feita em mais de 20 países.

Muitos médicos indicam que esses exames sejam feitos pelo menos uma vez por ano para os homens a partir dos 45 anos de idade. O problema, segundo o Ministério da Saúde, é que toda essa prevenção acarreta em muitos resultados falso-positivos, biópsias desnecessárias, sobre diagnóstico e sobre tratamento. Isso quer dizer que, muitas vezes, tumores que não viriam a se desenvolver, são diagnosticados e tratados como se fossem uma condição maligna, fazendo o paciente sofrer desnecessariamente. No entanto, as autoridades ainda assim apoiam a ideia de uma iniciativa para conscientizar os homens da necessidade de prestar atenção na sua saúde, logo que, em geral, o público masculino tende a dar menos atenção aos exames de rotina e consultas médicas do que as mulheres. Além disso, é comum que eles apenas visitem um médico quando estão tendo sintomas, esquecendo ou ignorando que as consultas e exames médicos devem servir como medidas preventivas também (O QUE É O NOVEMBRO AZUL, COMO SURTIU, OBJETIVO E COMO PARTICIPAR, 2018).

O presente estudo teve como objetivo quantificar os níveis séricos do Antígeno Prostático Específico (PSA), PSA livre (PSA-I) e PSA total (PSA-t), correlacioná-los com possíveis casos de Câncer de Próstata e avaliar as características sociodemográficas.



MATERIAL E MÉTODOS

A pesquisa teve caráter descritivo e exploratório e foi realizada no período de novembro a dezembro de 2018, em Gurjão – PB. A amostra foi constituída aleatoriamente por 230 homens, de idade entre 40 a 90 anos. Foram incluídos todos os usuários que concordaram em participar do estudo e excluídos aqueles que não concordaram com a pesquisa ou realizaram Prostatectomia parcial ou total.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual da Paraíba sob o número 53763915.6.0000.5187 cumprindo as exigências da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Após a aprovação os participantes assinaram o Termo de Compromisso Livre e Esclarecido e foram submetidos à coleta de alíquotas de sangue para determinação do PSA livre (PSA-l) e do PSA total (PSA-t).

As variáveis independentes analisadas foram: sociodemográficas (faixa etária, status conjugal, escolaridade, raça e situação funcional). A variável dependente foi à realização de PSA, que foi dosado de forma automatizada através do método de quimioluminescência, em um laboratório particular da cidade de Campina Grande-PB. Para testar o nível de significância entre as variáveis de interesse foi aplicado o teste qui-quadrado de Pearson com um intervalo de confiança de 95% e nível de significância 5%. Nas avaliações de PSA utilizou-se a distribuição de frequências. Os dados foram compilados e analisados através do programa Statistical Package for the Social Sciences, versão 18.0.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As características sociodemográficas dos 230 homens participantes deste estudo encontram-se na Tabela 1.

Tabela 1. Dados da avaliação sociodemográfica dos participantes do referido estudo no período de Novembro a Dezembro de 2018, em Gurjão – PB.

VARIÁVEIS	N	%
FAIXA ETÁRIA		
40-49 anos	52	23
50-59 anos	65	28
60-69 anos	56	24
70-79 anos	41	18



80 ou mais	16	7
STATUS CONJUGAL		
Solteiro	37	16
Casado	182	79
Viúvo	11	5
ESCOLARIDADE		
Analfabeto	43	19
Fundamental Incompleto	97	42
Fundamental Completo	84	37
Médio Incompleto	3	1
Superior	3	1
RAÇA		
Branca	104	45
Não Branca	126	55

Fonte: Dados da Pesquisa.

Verificou-se uma predominância do intervalo de idades de 50-59 anos e 60-64 anos. O status conjugal também foi avaliado, sem que a significância estatística persistisse no modelo final, no entanto a maioria dos homens deste estudo eram casados e relataram ter recebido incentivo das companheiras para procurar o serviço de saúde e realizar o exame de Antígeno Prostático Específico (PSA).

Os resultados desta pesquisa mostraram que existe uma forte associação entre o câncer de próstata e a idade. Em 2016, cerca de 61.200 brasileiros receberam o diagnóstico desse tipo de câncer, sendo está a segunda causa de morte por câncer entre os homens, ficando atrás apenas do câncer de pulmão. Desses homens, cerca de 88% tinham idade superior a 65 anos. (INCA, 2018). Raramente o câncer de próstata (CaP) é descoberto em homens com idade inferior a 50 anos, sendo que 85% dos casos são diagnosticados após os 65 anos com pico de incidência ocorrendo entre 70 e 74 anos. (VANDERLEI JUNIOR, 2017). Pesquisadores explicaram que o PSA é o marcador que podemos utilizar para a detecção do câncer, conforme a idade avança, esses valores podem aumentar (SANTIN et al., 2016).

Segundo Santos et al., 2016 subentende-se que um indivíduo com pouco grau de instrução tende a não apresentar um posicionamento crítico frente ao que seria saúde, nem tampouco problematizar com maior propriedade intelectual sobre o tema, o mesmo autor reforça a ideia de que a ausência dos homens ao serviço está relacionada a situação socioeconômica, no qual este fato pode afetar na qualidade de vida e saúde.

Muitos homens desta pesquisa relataram que não têm hábito de procurar atendimento nas unidades de saúde e que foram incentivados pelas companheiras para realizarem o PSA.



Este dado foi vivenciado por alguns pesquisadores, os homens buscam os serviços de saúde apenas quando sentem dores insuportáveis, ou quando a situação em que se encontram os impossibilite de trabalhar. Além disso, segundo (SANTOS et al., 2016) isso denota a real gravidade da situação, onde é possível perceber que há uma grande influência dos aspectos culturais na construção da masculinidade, fazendo-os achar que são imunes e invulneráveis a doenças e que o ato de prevenir-se ao recorrer a uma unidade de saúde os rotularia como fracos e afeminados.

A raça também foi avaliada e a maior frequência foi de não brancos (55%), portanto, este achado corrobora com alguns estudos que citaram que o câncer de próstata é aproximadamente duas vezes mais comum em homens negros se comparados aos brancos. Apesar disso, é possível que essa diferença entre negros e brancos se dê também em razão do estilo de vida, fatores dietéticos ou por diferenças no acesso ao diagnóstico da doença (DAMIÃO et al., 2015). Com relação a situação funcional 42% deles eram inativos isto acontece devido à idade avançada, cujos direitos são amparados pelo Instituto Nacional de Seguridade Social.

Para identificar a presença do câncer de próstata (CaP) das demais doenças relacionadas a esta glândula, este trabalho tomou como base a literatura, a qual afirmou que quando a relação é menor do que 10% entre o PSA-t e PSA-l, o aumento do risco do diagnóstico do CaP é significativo. Em contrapartida, para valores maiores do que 20% a probabilidade de CaP é reduzida (SBU, 2014).

Baseando-se neste critério a Tabela 2 mostra a distribuição percentual de valores de PSA-t em relação a três parâmetros de referência pré-definidos em vários estudos. Também demonstra que alterações no PSA-t foram evidenciadas a partir da faixa etária de 60-69 anos.

Tabela 2. Avaliação do PSA-t por faixa etária e de acordo com os valores de referência <4 ng/mL, 4-10 ng/mL e >10 ng/mL.

VARIÁVEIS	PSA-t (*) <4ng/mL		PSA-t 4-10ng/mL		PSA-t >10ng/mL (**)	
	N	%	N	%	N	%
FAIXA ETÁRIA						
40-49 anos	49	23				
50-59 anos	64	30				
60-69 anos	59	28	5	45	1	17
70-79 anos	34	16	4	37	1	17



80 ou mais	7	3	2	18	4	66
TOTAL	213	100	11	100	6	100
	(93%)		(5%)		(2%)	

(*) PSA total (PSA-t); (**) Nanograma por mililitro (ng/mL).

Fonte: Dados da Pesquisa.

Observou-se que 213 dos pacientes apresentaram valores de PSA-t menor que 4 ng/mL, valor associado a baixo risco de desenvolver câncer de próstata, enquanto que 11 pacientes registraram valores entre 4-10 ng/mL e 6 deles apresentaram valores superiores a 10 ng/mL, associado ao elevado risco de desenvolver o câncer.

Dos 11 casos alterados correspondente à faixa de PSA-t 4-10 ng/mL, para um diagnóstico mais preciso foi realizada uma avaliação de acordo com o *cutt-off* de 0,15-0,25 como preconiza a literatura sendo obtido os seguintes resultados: 4 encontravam-se abaixo, registrando assim suspeita de câncer de próstata, 4 na faixa recomendada e 3 acima caracterizando hiperplasia de próstata.

Baseando-se nestes achados tivemos 4 casos suspeitos de câncer de próstata, cujos resultados foram encaminhados aos profissionais da Estratégia Saúde da Família para conclusão de diagnóstico. Foram solicitadas biópsias e o toque retal e apenas dois casos foram positivos para câncer de próstata sendo encaminhados a Fundação Assistencial da Paraíba (FAP), na cidade de Campina Grande – PB para iniciar o tratamento oncológico, os outros dois casos de acordo com o urologista correspondia a hiperplasia de próstata. Alguns homens do referido estudo apresentaram PSA-t >10 ng/mL os mesmos procedimentos foram realizados e foram comprovados apenas 2 casos de CaP.

Estudos epidemiológicos têm demonstrado que pacientes com valores de PSA entre 4-10 ng/mL apresentam chance de 11% a 39% de terem câncer por isso é necessária à Ultrassonografia transretal (USTR) (DIAS et al., 2014). Esta faixa de valores de PSA-t representa a zona obscura em termos de valor diagnóstico, gerando dúvida entre câncer ou hiperplasia benigna da próstata, portanto foi necessário utilizar como teste diagnóstico a relação de PSA-livre/PSA-total considerando os valores de *cutt-off* de 0,15-0,25, visando assim melhorar a especificidade do teste e reduzir o número de biópsias. Neste estudo foram realizados apenas biópsias em 4 homens que apresentaram resultados abaixo do *cutt-off* preconizado, sendo positivo apenas 2 casos.

Valores acima de 10ng/mL são considerados suspeitos de câncer de próstata, com maiores chances de ocorrência do processo maligno, sendo imprescindível a biópsia (CASTRO



et al., 2014). Alguns fatores também podem elevar os níveis plasmáticos do PSA, tais como, a ejaculação que cursa com aumento momentâneo do hormônio e alguns estudos indicaram que andar de bicicleta, motocicleta ou de cavalo também pode elevar (RAMOS et al., 2017).

Por se tratar de um grupo que está inserido na Estratégia Saúde da Família foi realizada a investigação da medicação utilizada pela amostra em estudo como também a presença de Doenças Crônicas Não Transmissíveis e verificou-se que os portadores do câncer de próstata eram hipertensos.

Foi importante conhecer melhor a amostra, identificar os portadores de Diabetes Mellitus e a medicação prescrita, porque segundo alguns estudos existe uma clara evidência de uma associação entre diabetes e câncer e que o uso de metformina é capaz de reduzir a resistência à insulina resultando conseqüentemente em menor risco de câncer (ONITILLO et al., 2013).

Foi através das campanhas promovidas pelo Ministério da Saúde e realizadas pelos municípios através do “Novembro Azul” que foi registrado aumento da demanda de homens por serviços de saúde. É preciso ainda maior incentivo para o rastreamento do câncer de próstata, identificando precocemente possíveis casos, garantindo assim maior chance de cura, melhor qualidade de vida que propicie uma longevidade tranquila e a redução dos custos com a saúde para os órgãos públicos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo reforça a necessidade de realização de exames que avaliem a função prostática em homens, identificando alterações nas faixas etárias compreendidas entre 50 e 80 anos. É importante que o rastreamento seja feito a partir de 40 anos como preconiza a Sociedade Brasileira de Urologia, uma vez que o diagnóstico precoce de alterações pode ser decisivo para a cura.

Através deste trabalho 230 usuários da Estratégia Saúde da Família foram assistidos e tiveram a oportunidade de realizar a dosagem de PSA-l e PSA-t, sendo os resultados alterados de acordo com o aumento da idade. Alguns destes casos estavam relacionados a hiperplasia prostática benigna.

Por fim, esses achados apresentam-se como oportunidade para o debate sobre o tema, o incentivo ao homem para buscar os serviços de saúde e apontar a necessidade de condução de novas pesquisas na área. Também ficou combinado com a realização desta campanha a



organização do Programa do Homem com atividades de Educação em Saúde realizadas a cada bimestre.

REFERÊNCIAS

BACELAR JÚNIOR, A. J., MENEZES, C. S., BARBOSA, C. de A., FREITAS, G. B. S.; SILVA, G. G.; VAZ, P.S.; SOUZA, M. L.; OLIVEIRA, T. M. Câncer de próstata: métodos de diagnóstico, prevenção e tratamento. **Braz Journal of Surgery and Clinical Research**. v.10, n.3, p.40-46, 2015.

BRASIL, Lei nº 10.289, de 20 de setembro de 2001. Institui o Programa Nacional de Controle de Câncer de Próstata. **Diário Oficial da União**. Seção 1 – 21 de setembro de 2001.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes**. Ministério da Saúde: Brasília, 2009.

CASTRO, M. M; ÁVALOS, A. Y. G. Utilidad del Antígeno Prostático Específico como marcador tumoral para el diagnóstico de cáncer de próstata. **Rev de Medicina Isla de la Juventud**. v. 1, n. 1, p. 133-151, 2014.

COSTA, J. A. P.; MATIAS, A. G. C. Câncer de próstata e a relação quimiopreventiva do licopeno: revisão sistematizada. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, v. 8, n. 4, p. 223-238, 2015.

DAMIÃO, R.; Figueiredo, R. T.; DORNAS, M. C.; LIMA, D. S.; KOSCHORKE, M. A. B.; Câncer de Próstata. **Revista HUPE**, Rio de Janeiro, 2015.

DIAS, A. M. G., PEDREIRA, B. K. L., PINHEIRO, T. A., PINHEIRO, T. A. Importância da relação de PSA livre/PSA total em relação ao PSA total no diagnóstico de câncer de próstata. **Revista Digital**. Buenos Aires. a. 18, n. 190, 8p, 2014.

FRIESTINO, K. J. O.; REZENDE, R.; LORENTZ, H. L.; SILVA, O. M. P. Mortalidade por câncer de próstata no Brasil: Contexto histórico e perspectivas. **Rev Baiana de Saúde Públ.** v. 37, n. 3, p. 690-691, 2013.

INCA, Instituto Nacional do Câncer. Registro de Câncer de Base Populacional. 2017. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br>. Acesso em: 17 nov. 2018.

VANDERLEI JUNIOR, J. Associação da Radioterapia externa (R_{Te}) com braquiterapia de alta taxa de dose (BTATD), no tratamento do câncer de próstata (CaP). 2017. 58p. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde) - Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas-SP.

MCANINCH, J. W.; LUE, T. F. **General urology: smith and tanagho**. 18ed. New York: McGraw Hill, 2014.



MOREIRA, M. A.; CARVALHO, C. N. Atenção Integral à Saúde do Homem: Estratégias utilizadas por Enfermeiras (os) nas Unidades de Saúde da Família do interior da Bahia. **Saúde & Transformação Social/Health & Social Change**, v. 7, n. 3, p. 121-132, 2016.

ONITILLO, A. A., DONALD, M., STANKOWSKI, R. V., ENGEL, J. M., WILLIAMS, G, DOI, S. A. Breast and prostate cancer survivors in a diabetic cohort: results from the Living with Diabetes Study. **Clinical Medicine & Research**. v. 11, n .4, p. 210-218, 2013.

OPAS, Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPAS/OMS). **Información y Análisis de Salud (HSD/HA): situación de Salud en las Américas: Indicadores Básicos 2014**. Washington, 2014.

O QUE É O NOVENBRO AZUL, COMO SURTIU, OBJETIVO E COMO PARTICIPAR. 2017. Disponível em: <<https://minutosaudavel.com.br/novembro-azul/>>. Acesso em: 17 nov. 2019.

RAMOS, G. P.; PADILHA, A. dos S.; CARVALHO, T. G. M. L.; MENDES, G. A.; A importância de exames clínico-laboratoriais no diagnóstico precoce do câncer de próstata. **Revista Interdisciplinar de Ensino, Pesquisa e Extensão**. v.5, n.1, 2017, p.67-78.

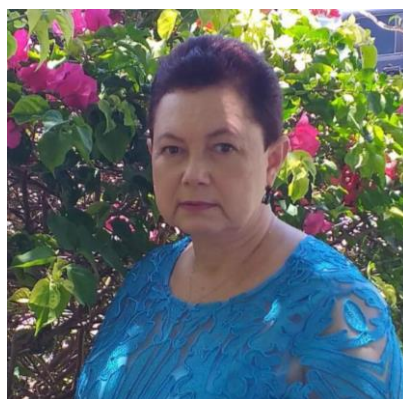
SANTIN, A., SANTOS, C. E., BULLE, D. J., RENENR, J. D. P. Dosagem do Antígeno Prostático Específico (PSA) em uma amostra da população de um município do Vale do Taquari/RS. **Rev AMRIGS**. v. 60, n. 2, p. 104-107, 2016.

SANTOS, R. O.; FERREIRA L. dos S.; CARVALHO F. L. O. de; SOARES A. P. G.; PEREIRA R. S. F. Fatores que influenciam a baixa adesão masculina ao atendimento prestado pela estratégia de saúde da família sede II do município de sitio do quinto/BA. **Rev de Saúde UniAGES**. v. 1, n. 1, p. 58-87, jun./dez. 2016.

SBU, Sociedade Brasileira de Urologia. Diretrizes urooncologia: câncer de próstata, 2014. Disponível em: <http://sbu-sp.org.br/publicacoes/publicacoes-nacionais-oficiais/>. Acesso em: 17 nov. 2019.

SOBRE A ORGANIZADORA

MARIA DO SOCORRO RAMOS DE QUEIROZ



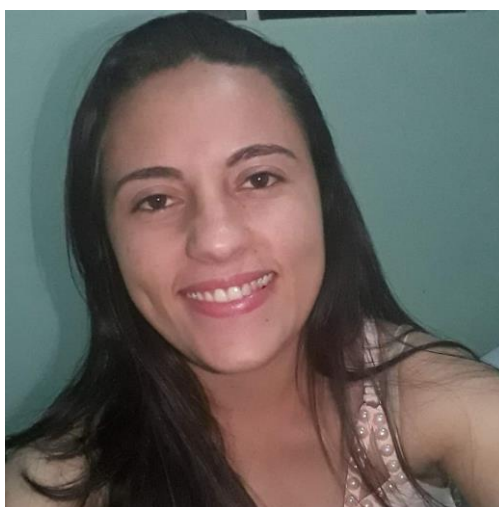
Possui graduação em Farmácia e Bioquímica pela Universidade Regional do Nordeste (1987), especialização em Análises Clínicas (1989), mestrado em Ciência e Tecnologia de Alimentos pela Universidade Federal da Paraíba (1998) e doutorado em Biotecnologia em Saúde (2015). Tem experiência na área de Saúde Pública e Farmácia, com ênfase em Assistência Farmacêutica, atuando principalmente nos seguintes temas: medicamentos, serviços farmacêuticos, leite humano, diabetes mellitus e hipertensão arterial. É membro do grupo de pesquisa cadastrado no CNPq: Bio Análises. Atua como tutora do Programa de Educação Tutorial - PET FARMÁCIA UEPB. É membro do Comitê de Acompanhamento e Avaliação (CLAA) dos grupos PET da UEPB. Docente da Universidade Estadual da Paraíba, desde 1992 lecionando os componentes Deontologia e Legislação Farmacêutica, Assistência Farmacêutica, Estágio Supervisionado em Farmácia Comunitária e Hospitalar e Estágio Supervisionado em Cuidados Farmacêuticos.

COLABORADORES

Alessandra de Souza Silva



Alicia Santos de Moura



COLABORADORES

Anna Júlia de Souza Freitas



Brunna Emanuely Guedes de Oliveira



COLABORADORES

Cadmo Vinícius Lopes Rêgo



Daiana Mendes Félix



COLABORADORES

Dayverson Luan de Araújo Guimarães



Fábio Emanuel Pachú Cavalcante



COLABORADORES

Ingrid Costa Santos



Isabela Motta Felício



COLABORADORES

Ivania Alves Guedes



Layla Maria Neves dos Santos



COLABORADORES

Lethycia da Silva Barros



Luana da Silva Noblat

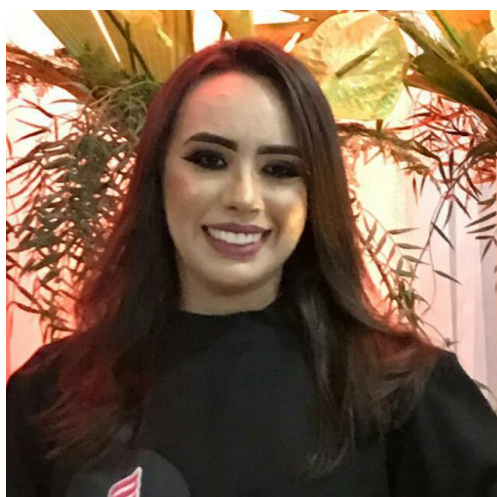


COLABORADORES

Maria Fátima Gonçalves de Araújo



Maria Luísa de Sá Vieira



COLABORADORES

Monalisa Ferreira de Lucena



Renata Oliveira Nóbrega da Silva



COLABORADORES

Thayse Maria Barbosa Soares



Yann Matheus Cândido de Queiroz



www.editorapublicar.com.br
contato@editorapublicar.com.br
@epublicar
facebook.com.br/epublicar

PRÁTICAS VIVENCIADAS EM SAÚDE PÚBLICA: EXPERIÊNCIAS DO PROGRAMA DE EDUCAÇÃO TUTORIAL - PET FARMÁCIA UEPB

Maria do Socorro Ramos de Queiroz e Colaboradores
(Organização)



2021



www.editorapublicar.com.br
contato@editorapublicar.com.br
@epublicar
facebook.com.br/epublicar

PRÁTICAS VIVENCIADAS EM SAÚDE PÚBLICA: EXPERIÊNCIAS DO PROGRAMA DE EDUCAÇÃO TUTORIAL - PET FARMÁCIA UEPB

Maria do Socorro Ramos de Queiroz e Colaboradores
(Organização)



2021

