

Revista  
**Farmácia & Terapêutica  
Em Foco**

15<sup>a</sup>  
Edição

Destaques da edição:

Entrevista  
Doença & Tratamento  
Farmácia Hospitalar  
Saúde Mental  
Entretenimento



*Boas Festas!*

*Ótimo 2019*



# EDITORIAL

Tentar não ser piegas em um editorial de final de ano de revista é missão quase impossível, ainda mais quando fui incumbida dessa missão e sabendo quem já passou por aqui e o que a revista FT em foco representa para a Assistência Farmacêutica.

O ano de 2018 foi peculiar devido a tantos acontecimentos, tivemos copa do mundo em que mais uma vez não levamos a tão sonhada taça e ainda eleições um tanto peculiares em que houve tantas amizades desfeitas por causa de ideologias políticas e tantas novidades que polarizaram a população em torcidas. O que nos resta nesse ínterim é ter esperança para 2019. Que possamos continuar atuando como cidadãos conscientes cobrando um bom governo e fiscalizando.

Apesar de um ano difícil para todo o país, e em todos os Estados. Pernambuco avançou, principalmente no quesito Assistência Farmacêutica, foram passos pequenos, trôpegos, mas ainda sim avanço. Todos com resiliência e boa vontade deram o seu melhor e em meio a crise foram criativos para driblar dificuldades cotidianas. Foi possível promover alguns eventos como o último agora em novembro sobre o tema Biossimilares, no qual grandes nomes vieram atualizar o corpo técnico do Estado. Várias notas técnicas, reuniões, revisão de normas e de guias de orientação do usuário foram realizados, demonstrando toda a eficiência da equipe em prol da saúde do usuário.

Mas nada pode suplantiar o grande avanço que foi a aprovação e publicação da Política Estadual de Assistência Farmacêutica através da Resolução 753 de 08 de agosto de 2018, um documento gerado a partir de várias mãos que passaram na Assistência Farmacêutica ao longo de quase 12 anos. Nesse momento só podemos ter o coração grato aos que vieram antes de nós e deixaram essa contribuição!

Mas vamos ao que interessa... A revista está fechando o ano com chave de ouro. Nesta edição será possível entender a atuação do farmacêutico na área oncológica com uma renomada farmacêutica da área. Temos ainda um excelente artigo sobre saúde mental e uso de drogas e uma entrevista com o Diretor da Assistência Farmacêutica.

Isto e muito mais nesta edição. Boa leitura!

*Marcela Correia*

# ÍNDICE

Entrevista – Mário Moreira.....	04
Doença & Tratamento.....	06
Farmácia Hospitalar.....	08
Saúde Mental.....	10
Assistência Farmacêutica .....	15
Diretoria Geral de Assistência Farmacêutica – DGAF.....	16
Educação & Saúde.....	18
Matéria Especial.....	19
Saúde – 30 anos do SUS .....	21
Protocolos Clínicos.....	24
Normas Técnicas.....	25
Tecnologia & Saúde.....	26
Farmácia é Notícia.....	27
Entretenimento.....	28

## Comissão Editorial

Amanda Azevedo  
Élida Maria de A. V. Arruda  
Luiz Torres Neto  
Marcela Lira Correia  
Mônica de Souza Silva

**Realização**  
CFT

**Apoio**  
DGAF / GEPAF

## Entrevista



*Revista Farmácia & Terapêutica: Inicialmente, registramos a satisfação dos que fazem a Revista "Farmácia & Terapêutica em foco", em entrevistar o Sr. Mário Fabiano dos Anjos Moreira – Diretor Geral da Assistência Farmacêutica de Pernambuco.*

Entrevista com Mário Moreira a Marcela Correia para Revista F&T em Foco

### Revista "F&T em foco"

Quem é Mário Moreira?

#### Mário Moreira

*Carioca erradicado em Pernambuco, com atuação de 25 anos na saúde pública. Começou em 1993 como estagiário do governo japonês em um projeto de pesquisa em Macaparana e no Brejo da Madre de Deus. Com formação em Assistência social, Mestrado e especialização em saúde pública e pós graduado em Auditoria. Auditou a farmácia de Pernambuco quando fez parte da controladoria do Estado. Devotado ao SUS, ao ponto não ter plano de saúde. Porque acredita que quando se quer melhorar algo precisa conhecer, vivenciar e não apenas criticar. Frisa que o Mário é igual em qualquer cargo que atua, gosta de trabalhar com transparência e portas abertas, e que se importa com os outros e atua em parceria com a equipe respeitando individualidades e incentivando habilidades.*

### Revista "F&T em foco"

O senhor está à frente da Assistência Farmacêutica desde 2016. Como seus colaboradores, estamos acompanhando as conquistas da área. O que o Senhor destacaria como realizações maiores e dificuldades desse período?

#### Mário Moreira

*Devido meu trabalho em outras gerências, no qual consegui reverter situações difíceis e implantar controles, fluxos e protocolos. Com isso me tornei diretor geral de todas as gerês. Devido a dificuldade na época em conseguir um profissional que se fixasse aqui na diretoria de assistência farmacêutica e ainda com os problemas no abastecimento de medicamentos. A Secretaria de saúde me convidou para esse*

*cargo com o intuito de uma nova visão principalmente na aquisição de medicamentos, definição de fluxo e controles internos, para passar apenas 6 meses, todavia estamos até o dia de hoje. Ao assumir esse cargo tínhamos entre 15-19% de abastecimento, chegamos até 79% de abastecimento, o que é uma conquista, mesmo sabendo que o ideal seria índices próximos a 100%, mas que devido a vários fatores ainda não foi conseguido. No começo de minha gestão tínhamos 34400 pacientes e 250 novos cadastros de pacientes. Atualmente estamos com cerca 55.000 pacientes e 1000-1500 novos cadastros por mês. Isso gerou uma dificuldade, pois atualmente trabalhamos com o mesmo número de funcionários, orçamento e estrutura. Esse aumento de demanda foi gerado pelo empobrecimento da população e também devido a melhorias no atendimento que faz com que a população busque a alternativa pública. No início houve uma resistência ao meu trabalho por não ser farmacêutico, mas aos poucos a equipe foi conquistada mostrando que minha atuação como gestor público não afetaria a área técnica, inclusive um dos meus focos nesses anos é o de valorizar esse profissional de saúde e respeita toda análise técnica realizada.*

### Revista "F&T em foco"

Qual o balanço para o ano de 2018?

#### Mário Moreira

*Todos os anos tiveram seus desafios. Mas 2018 foi realmente um ano desafiador, principalmente devido a dificuldades orçamentárias no processo de aquisição de medicamentos e também na infraestrutura e insumos. Foi necessário trabalhar muito e com pouco. Foi preciso inventar e reinventar a "roda" nesse período. A política de assistência farmacêutica com certeza foi a maior conquista esse ano. Foram muitos anos de*

## Entrevista

construção com muitas contribuições internas, e também de órgãos externos como CRF, SINFARPE, Universidades, Instituições representativas, Conselho Estadual de Saúde e SES. Foi um trabalho realizado por várias mãos. E graças a essa interação de vários entes e lutas para mostrar a importância dessa política, a mesma foi aprovada e publicada. A palavra é gratidão, a todos os envolvidos e principalmente a todos da DGAF.

Um ano conturbado, mas vitorioso, que serviu para mostrar quem vestiu a camisa do SUS, uniu a equipe e mostrou a competência da equipe técnica que conseguiu fazer muito. Apesar de todas as dificuldades foi possível investir em capital humano ao realizar 2 cursos um com auxílio do CONASS e outro pelo Ministério da Saúde, vários outros treinamentos, capacitações, eventos. Em crises, precisamos buscar a solução e não apenas apontar problemas. A frase que uso como lema é uma que nosso governador Eduardo Campos dizia muito: “problema não quer intimidade, quer solução”. Atuamos buscando e inventando soluções.

Quería agradecer o apoio do Secretário de Saúde Dr. Iran Costa e pela Secretária de Atenção à Saúde Dra Cristina Mota pelo apoio e liberdade na condução dos trabalhos a frente a DGAF.

### Revista “F&T em foco”

Quais as metas para 2019?

#### Mário Moreira

Temos muitas metas pessoais e profissionais. Continuaremos com o Investimento em capital humano com a qualificação dos profissionais e ampliaremos o acesso, garantir a entrega dos medicamentos.

Desejamos realizar um congresso de assistência farmacêutica em Pernambuco, com farmacêuticos dos Municípios, Assistência Farmacêutica e da área Hospitalar, Centros Acadêmicos e Indústria Farmacêutica. Buscar soluções para o nosso crescimento, trazer a discussão sobre a judicialização da saúde que leva boa parte dos recursos da saúde pública.

Pacientes em regime off label, recebendo medicamento que era para ser de pacientes que estão nos Protocolos do Ministério/Estado. Precisamos estreitar a conversa com o judiciário, entidades representativas e sociedade sobre até que ponto é direito tirar de outros que tem o direito. O dinheiro da saúde, assim como de outras secretarias não é ilimitado, existe um orçamento. O Ministério da Saúde tem dificuldades orçamentárias, imagina nós como Estado, ainda mais sendo o Estado que mais tem medicamentos incorporados, o que demonstra o compromisso e a preocupação com a saúde da população.

São metas audaciosas, mas com a equipe que se firmou esse ano podemos alcançar. Temos uma equipe tecnicamente capaz, devotados, qualificações profissionais e que acima de tudo quer fazer. E eu como gestor vou atuar para viabilizar e atuar como venho atuando como parceiro.

Algumas destas metas já estão sendo alcançadas, os cursos de cuidado farmacêutico pelo MS e CONASS e um curso de aperfeiçoamento pela UFBA para 2019.



Momento da entrevista



Gratidão e dívida que não prescreve, aprender junto, lutar junto, chorar junto, mas sempre tendo um ombro amigo para apoiar. Esse é o sinônimo desta equipe! Obrigada a todos.

Mário Moreira



**Dra Lúcia Helena de Oliveira Cordeiro**  
Médica endocrinologista  
Hospital das Clínicas / Hospital Barão de Lucena

## Doença & Tratamento



### DIABETES

Quando falamos de diabetes, números assustadores nos saltam à memória. Uma em cada 11 pessoas no mundo tem diabetes, uma proporção que levará a 522 milhões de pessoas com a doença até 2030, ou seja, em pouquíssimo tempo. No Brasil, 11,7% da população é diabética. É importante entender que o diabetes mellitus é uma doença complexa, que tem em comum a hiperglicemia e um dano aos vasos sanguíneos silencioso e irreversível. Mas existem tipos diferentes de diabetes que envolvem peculiaridades no seu tratamento e acompanhamento sobre o surgimento das complicações. De acordo com a classificação, podemos descrever o diabetes tipo 1 e o diabetes tipo 2, existe ainda o diabetes gestacional e o diabetes secundário, ou seja, que pode ocorrer em decorrência de medicações ou outras doenças.

Começando pelo diabetes tipo 1 podemos classificar em tipo 1a e 1b. O diabetes tipo 1a é o clássico diabetes relacionado à autoimunidade onde há exposição das células pancreáticas produtoras de insulina causando a perda da capacidade em produzir esse hormônio e, portanto, metabolizar a glicose. Tudo isso ocorre de maneira súbita e em um quadro de instalação rápida e com a detecção de anticorpos na corrente sanguínea. Os mais comuns são antiGAD 65, anti-ilhota pancreática e anti-insulina. O tipo 1b tem manifestação semelhante ao 1a sendo que sem os anticorpos presentes. A idade de

surgimento normalmente ocorre em dois momentos: entre 3 e 7 anos e 12 e 17 anos. Mas não quer dizer que não possa ocorrer em adultos e até idosos. A complicação aguda mais frequente é a cetoacidose diabética.

O diabetes tipo 2 ocorre em 90% dos casos. Metade das pessoas que tem diabetes não sabe que tem a doença e, por isso, tem um diagnóstico tardio por não ir ao médico com regularidade. No caso do diabetes tipo 2, cerca de 80% dos casos podem ser evitados com avaliações extremamente simples, como testes de glicemia capilar, avaliação da pressão arterial, medição de circunferência da cintura, aplicação de questionário para avaliação do risco de diabetes, orientação nutricional. Por se tratar de uma epidemia crescente em todo o mundo são necessárias mudanças no estilo de vida.

Com relação ao diagnóstico, não há diferença nos critérios diagnósticos. Basicamente são 3 critérios utilizados: a glicemia em jejum (8h de jejum), a glicemia 2h após uma carga fixa de dextrosol e hemoglobina glicada A1c. Uma glicemia igual ou maior que 126 mg/dL, ou maior ou igual a 200 mg/dL após o dextrosol, ou hemoglobina glicada maior ou igual a 6,5%. A presença de dois critérios faz o diagnóstico. Ou ainda glicemia ao acaso acima de 200 mg/dL acompanhada de sintomas como perda de peso, maior frequência da micção e sede. No caso da diabetes gestacional, ela é

## Doença & Tratamento

peculiar da gestação e os critérios modificam um pouco, sendo níveis menores do que no diabetes tipo 1 e 2.

O diabetes pode gerar várias complicações. As mais frequentes são retinopatia (maior causa de cegueira em adultos), neuropatia periférica, nefropatia diabética (maior causa de diálise), doença cardiovascular, doença arterial periférica e insuficiência renal. Diabetes é a maior causa de amputação não traumática de membros inferiores, chegando à estarrecedora estatística de três amputações por minuto no mundo por causa da doença.

Os principais fatores de risco do diabetes tipo 2 e gestacional são sobrepeso e obesidade, alimentação inadequada, sedentarismo e atividade física insuficiente, histórico familiar e hipertensão.

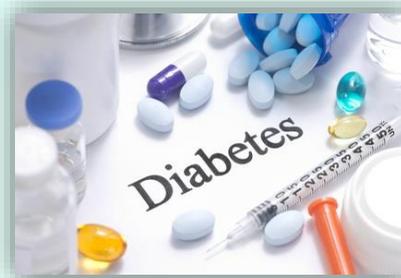
É importante reforçar que o tratamento do diabetes vai depender do tipo encontrado ao diagnóstico, embora todos eles possam utilizar insulina. No caso do diabetes tipo 1 sempre teremos como tratamento a insulina. Atualmente a preferência é o esquema “basal bolus”, onde é utilizada uma insulina basal com duração mais longa (24h ou 12h utilizada pelo menos 2x ao dia) em combinação com uma insulina prandial (regular ou ultrarápida). É necessário realizar os testes de ponta de dedo para o cálculo da dose de insulina. Em relação ao tratamento do diabetes tipo 2 o tratamento inicial é com medicação, os hipoglicemiantes orais, sendo o de primeira linha a metformina, seguida de mais cinco classes de medicações que podem ser usadas em combinação de até três drogas e também associado à insulina. Inicialmente a insulina é utilizada na hora de dormir (bedtime) e, posteriormente, de forma plena como no diabetes tipo 1 no esquema “basal-bolus”.

É importante ressaltar, ainda, os alvos considerados como ideais e como objetivos a serem alcançados. O mais importante é a hemoglobina A1c idealmente 6,5% pois é um exame que dá ideia de controle por um período de três a quatro meses. A glicose de jejum é importante entre 80 a 120 e a pós-prandial

entre 150-180mg/dL. Esses alvos podem ser flexíveis de acordo com a individualização do paciente. Deve-se levar em consideração algumas informações como a idade do paciente, a idade ao diagnóstico do diabetes, a presença de comorbidades e complicações do diabetes, o desejo do paciente em receber o tratamento intensivo e, por último, mas não menos importante, o fator custo.

Não podemos deixar de falar neste artigo sobre hipoglicemia. Essa é uma importante complicação relacionada ao tratamento do diabetes. A hipoglicemia apresenta sintomas que servem de alerta como tremor, sudorese fria, sensação de fome, tontura, e numa hipoglicemia mais severa sinais neurológicos com confusão mental, torpor e até como, uma grave condição que pode levar ao óbito. É considerada hipoglicemia níveis de glicose abaixo de 70 mg/dL. Deve ser tratada com açúcar de fácil liberação e, se necessário, ajuste das doses da insulina e/ou medicações orais que podem dar hipoglicemia.

Para concluir é importante deixar uma mensagem de otimismo. O diabetes é uma doença crônica onde se precisa controlar a glicemia e manter o olho aberto quanto aos fatores que podem piorar a doença, é preciso envolvimento de uma equipe multidisciplinar além de médico, nutricionista, enfermeiro, farmacêutico e educadores de diabetes. Com o time pronto, e o paciente envolvido, podemos obter as tão desejadas metas glicêmicas.





# Farmácia Hospitalar

## Juvanier Romão Cruz

Farmacêutica Bioquímica pela UFPE  
Mestranda em Oncologia pelo AC Camargo Center  
Farmacêutica de Olinda e da Farmácia de oncologia do HCP  
Coordenadora das Farmácias da oncologia, Hormonioterapia  
e do Ambulatório da Dor

### Evolução da Farmácia Hospitalar em Pernambuco

## FARMÁCIA HOSPITALAR ONCOLÓGICA E O PAPEL DO FARMACÊUTICO

O farmacêutico hospitalar que atua em oncologia tem como funções básicas, além da manipulação de antineoplásicos, a seleção, aquisição, armazenamento, padronização de medicamentos e orientação farmacêutica.

Atua em várias etapas da terapia antineoplásica (TA), como avaliação da prescrição médica quanto à quantidade, qualidade, compatibilidade, estabilidade e interações medicamentosas, presta orientações farmacêuticas ao paciente em tratamento quimioterápico quanto a posologia, reações adversas e interações, promovendo o bem-estar e melhora da qualidade de vida do paciente através do acompanhamento farmacoterapêutico.

Participa ativamente como membro integrante da equipe multidisciplinar composta por farmacêuticos, enfermeiros e médicos disponibilizando informações quanto a farmacocinética, doses, formas, vias de administração, ordem e tempo de infusão, doses máximas, toxicidade, incompatibilidades físico-químicas e estabilidade de medicamentos.

Atua na farmacovigilância da terapia antineoplásica (TA) na detecção e identificação de reações adversas e dos fatores de risco, além de propor medidas de intervenção e prevenção, sempre que for necessário.

Atua na farmacoeconomia contribuindo na otimização dos recursos financeiros do serviço, melhor controle de custos e na qualidade do atendimento aos pacientes.

Atua na educação continuada promovendo

treinamento da equipe multidisciplinar, discussão de casos clínicos, atividades didáticas e científicas.

Integrando desta forma conhecimento prático, teórico e pesquisa, ferramenta importante na formação e qualificação do profissional.

Atua como membro da equipe multidisciplinar de pesquisa clínica promovendo pesquisa de novos fármacos e incorporação de novas tecnologias.

### Histórico da Farmácia Oncológica

Segundo dados da Sociedade Brasileira de Farmacêuticos em Oncologia (SOBRAFO), a partir de 1990 a área de Farmácia em oncologia começou a ser delineada com base em normativas internacionais e trabalhos implementados em grandes centros hospitalares que passaram a identificar desde os riscos trabalhistas e ambientais até a exigência rigorosa de técnica asséptica para a manipulação de medicamentos complexos.

Em 21 de março de 1996 com a publicação da resolução 288/1996 a qual estabelece como atribuição exclusiva do farmacêutico a manipulação de quimioterápicos ou citotóxicos, houve um grande avanço no segmento farmacêutico voltado a oncologia. Após a publicação desta resolução, os estabelecimentos hospitalares começaram a inserir o farmacêutico na oncologia e começou a haver uma valorização do profissional farmacêutico, dando início a partir daí ao crescimento da Farmácia oncológica no país.

Em 1998 foi publicada a portaria 3535/98 do

## Farmácia Hospitalar

MS determinando que todo serviço de alta complexidade no tratamento do câncer cadastrado pelo sistema único de saúde (SUS) deve contar com um farmacêutico para manipulação de quimioterápicos.

Em 2001, a partir das discussões de um grupo de profissionais de diversas cidades, foi fundada em São Paulo a SOBRAFO, associação formal voltada aos profissionais de Farmácia em oncologia do país, o qual houve desde então um fortalecimento da classe com suporte técnico científico e qualificação do farmacêutico que estaria entrando na oncologia.

Em 21 de setembro de 2004 foi publicada pela ANVISA a RDC 220/04, legislação de âmbito nacional que fixou os requisitos mínimos exigidos para o funcionamento dos serviços de terapia antineoplásica (TA) e instituiu a equipe multidisciplinar em terapia antineoplásica (EMTA) com definições claras do papel de cada membro da equipe.

Desde então os serviços de terapia antineoplásicas (TA) públicos e privados do país começaram a se organizar e a se adaptarem as exigências da RDC. Graças a criação da RDC/220, hoje todos os serviços de TA de Pernambuco foram regulamentados e contam com farmacêutico exclusivo na manipulação de antineoplásicos, proporcionando segurança na preparação e na administração ao paciente.

Através da publicação da resolução 623, publicada em 21 de março de 2016, na qual tornou-se atribuição privativa do farmacêutico no preparo dos antineoplásicos houve um grande impacto com o aumento do número de farmacêuticos atuando nos serviços onde se realiza terapia antineoplásica (TA). Os critérios exigidos para atuação do farmacêutico em oncologia trouxe avanços incentivando e ampliando o número de especializações na área e trouxe segurança aos serviços com a contratação de profissionais com experiência.

Em relação ao cenário nacional, Pernambuco

sai na frente, pois além de contar com os serviços bem estruturados e organizados, é o único estado em que a carga horária do farmacêutico oncológico é de no máximo 4 horas por dia. Esta carga horária se deve aos riscos ocupacionais gerados pela exposição durante a manipulação de citotóxicos. Sem riscos, a saúde do profissional é preservada, há diminuição de erros na preparação resultante de carga de trabalho extenuante e produz impacto diretamente na segurança do paciente. No Hospital do Câncer de Pernambuco (HCP), hospital filantrópico e referência no tratamento de câncer, o qual atende a maioria dos pacientes portadores de câncer do estado de Pernambuco, são manipuladas quimioterapias para atender uma média de 150 pacientes por dia. Para este volume de preparações a Farmácia oncológica conta com três farmacêuticos diariamente, exclusivos do setor de manipulação de antineoplásicos.

### Rotina Diária do farmacêutico no HCP

A rotina diária do farmacêutico oncológico do HCP que atua exclusivo na manipulação de antineoplásicos compreende receber a prescrição médica, checar a dose, nome do paciente, protocolo, avaliar possíveis interações medicamentosas, conferir identificação do rótulo, calcular a dose a ser aspirada e proceder a preparação da quimioterapia de cada paciente de acordo com a dose individual prescrita em área asséptica atendendo as Boas Práticas de Preparação da Terapia Antineoplásica (BPPTA). Rotular cada preparação, checar as informações, encaminhar para o setor de administração. Além da preparação, o farmacêutico fica disponível para orientação ao paciente, orientar e tirar dúvidas da equipe multidisciplinar, garantindo desta forma qualidade e segurança no tratamento do paciente.



## SAÚDE MENTAL



### Dr. Carlos Gustavo da S. Martin de Arribas

Psiquiatra da GASAM/SES/PE e do CAPS-AD René Ribeiro e Mestrando no Programa de Pós-Graduação em Inovação Terapêutica-UFPE. Email: [cgarribas@yahoo.com.br](mailto:cgarribas@yahoo.com.br)

### Dra. Maria Rosimery de Carvalho

Phd em Saúde Pública e Biologia Parasitária FIOCRUZ/MS  
Email: [rosimerycarvalho@gmail.com](mailto:rosimerycarvalho@gmail.com)

## O CONSUMO DAS DROGAS E AS CONSEQUÊNCIAS PARA A SAÚDE MENTAL

No passado, havia em determinadas sociedades uma relação entre algumas substâncias em que era comum vincular a presença ou aquiescência do divino no que se refere ao uso de substâncias psicotrópicas, tais como nas civilizações egípcia, chinesa e a greco-romana. No caso do álcool, deuses como *Osíris* para os egípcios e *Dionísio* para os gregos, teriam ofertado o vinho aos homens. Nas Américas, antes do descobrimento, as drogas eram consideradas como sagradas. Para os Incas a coca era um presente de *Inti*, o deus Sol (BERNARDO, 1997 a; FERREIRA; MARTINI, 2001).

Desde então, o uso de drogas de abuso continuam sendo um grave problema de saúde pública, repercutindo de maneira assustadora na sociedade em que vivemos. Nas gestantes, esse problema ganha ainda mais importância, pois a exposição dessas pacientes às drogas pode levar ao comprometimento irreversível da integridade do binômio mãe-feto (YAMAGUCHI, 2008).

Segundo relatório do Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID), a tendência mundial para a iniciação no uso indevido de drogas ilícitas tem sido cada vez mais precoce, conforme tabela 1 (UNIFESP/CEBRID, 1997).

Não se pode negar que o Brasil possui um Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre as Drogas (SISNAD), instituído pela Lei n. 11.343, de 22 de agosto de 2006, que prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas, estabelece normas de repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas e define crimes.

Esse sistema tem como princípio básico a divisão de responsabilidade entre Estado e sociedade e adota a estratégia de cooperação mútua, em todo território brasileiro, para a conscientização social sobre o grave problema causado pelo consumo das drogas de abuso.

Esse desafio também tem sido constatado no ambiente universitário em virtude do comportamento impulsivo dos estudantes em relação ao consumo de drogas lícitas e ilícitas. Durante a graduação, os estudantes se deparam com diversas demandas pessoais e acadêmicas, o que caracteriza este período como o de maior vulnerabilidade para a adoção de comportamentos nocivos à saúde (SOUZA, 2018).

No âmbito dos direitos humanos, o Brasil adota, desde os anos 1980, paradigmas que emancipam várias populações do *locus* de objeto de intervenção ao de sujeito de direitos, entre elas, as crianças e adolescentes e as pessoas que fazem uso de drogas. O primeiro público é elevado ao grau de pessoa com discernimento e, por isso, com direitos garantidos no contorno denominado 'proteção integral', que supera a doutrina da situação irregular, pela qual a essa população reservavam-se apenas deveres disciplinares e correccionais, em contexto de direitos já violados. O segundo público entra em novos cuidados na medida em que, de um lado, é contemplado pela Lei nº 10.216/01, também chamada de 'lei da Reforma Psiquiátrica', que dispõe sobre os direitos e deveres das pessoas com transtornos mentais e de outro, pela Lei nº 11.343/06, conhecida como 'nova lei de drogas', cuja Política Nacional de Drogas, em parte homônima à de Saúde Mental,

# SAÚDE MENTAL

despenaliza o crime de uso de substâncias psicotrópicas, abolindo a pena privativa de liberdade. A evolução histórica das políticas de saúde mental e dos direitos de crianças e adolescentes apresenta, entre outras evidências, a superação do paradigma da tutela de loucos, usuários de drogas, crianças e adolescentes em direção ao reconhecimento desses públicos como sujeitos de direitos. Um dos pontos de clivagem entre as ações destinadas a esses públicos, a Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas reúne um conjunto de programas e ações que visam reorientar o modelo de atenção psicossocial no sentido da lógica da produção de saúde e do reconhecimento da autonomia dos usuários dos serviços, no âmbito territorial-comunitário, preferencialmente, em meio extra-hospitalar. A tabela 3, demonstra os resultados de uma pesquisa do Conselho Nacional de Ministérios Públicos entre os anos de 2012-2013 descrevendo as causas que levam as crianças a serem levadas a abrigos por causa do consumo de drogas (ASSIS; SILVA, 2016, P. 170).

No Brasil, as drogas ilícitas como o *crack* que disseminou-se aproximadamente há 30 anos pelas ruas de todo o país, trouxe consigo um número cada vez maior de aderentes ao hábito de seu consumo e, como consequência, acabou gerando amplo debate no meio social, não só pela dependência provocada aos usuários, mas, também, pelo fato da marginalidade e criminalidade estarem ligados a essa prática, refletindo em desordem urbana (OLIVEIRA, 2014).

Atualmente, o *crack* pode ser considerado a droga com maior associação a problemas de saúde pública, devido ao rápido mecanismo de dependência causado por tal substância e, ainda, pelos intensos efeitos provocados por ela. Tais questões agregam grande importância devido aos comportamentos de risco (violência e condutas sexuais) que deflagram conflito tanto para a pessoa que faz uso quanto para a sociedade e o perfil dos usuários de *crack* e similares está demonstrado na tabela 2 (OLIVEIRA, 2014; FIOCRUZ, 2013).

Alguns motivos são identificados como responsáveis pelo consumo desta droga, tais como a tentativa de minimizar a solidão, dificuldades financeiras e problemas familiares, além da busca por prazer e felicidade. Nessa perspectiva, destaca-se que o uso abusivo de cocaína/*crack* pode acarretar perdas e danos ao próprio sujeito, à família e também à sociedade, relacionados à perda de emprego, violência, crimes, rupturas familiares e acidentes (OLIVEIRA, 2014).

## EPIDEMIOLOGIA

- 450 milhões de pessoas no mundo sofrem de transtorno mental

- IBGE (2010): 1.2 milhões de usuários de drogas no Brasil .

**Tabela 1: Levantamento do Centro Brasileiro Informações sobre Drogas**

CEBRID BRASIL	Uso Na Vida	Solventes	Maconha	Ansiolíticos	Cocaina	Crack	Álcool (uso na vida)	Tabaco (uso na vida)
<b>2004</b>	22.6 %	15.5%	5.9%	4.1%	2%	0.7%	65.2 %	24.9%
<b>2010</b>	24.2 %	8.1%	5.8	4.6%	2.8%	9.7%	58.3 %	17.9%

# SAÚDE MENTAL

**TABELA 2: Perfil dos usuários de crack e similares**

- 370 mil usam a droga nas capitais
- 80% são homens e não-brancos
- 80% usam droga em local público
- 40% vivem nas ruas e no Nordeste
- 50% das usuárias engravidaram sob uso de drogas
- 44.5% das mulheres relatam que sofreram violência sexual
- Consumo médio diário de crack foi de 21 pedras pelas mulheres e 14 pedras pelos homens
- 14% são crianças e adolescentes
- 10% das usuárias estavam grávidas
- Usuários têm 8 vezes mais chance de serem portadores de HIV

## CLASSIFICAÇÃO DAS DROGAS PSICOTRÓPICAS

As drogas são classificadas de acordo com sua principal ação no sistema nervoso central como: estimulantes, depressoras ou perturbadoras, apesar de terem outros efeitos euforizantes nas primeiras horas de sua ação dopaminérgica no córtex pré-frontal e no sistema límbico.

- **Depressores do SNC:**
  - Álcool, Benzodiazepínicos, Barbitúricos, Opióides (naturais: morfina e codeína; semi-sintéticos: heroína; e sintéticos: meperidina e metadona) e Solventes.
- **Estimulantes do SNC:**
  - Cocaína, Anfetamina / Anfetamínicos, Nicotina e Cafeína.
- **Perturbadores do SNC:**
  - **Alucinógenos Primários:**  
Derivados da *Cannabis*: THC, maconha e haxixe;  
Derivados Indólicos: plantas e cogumelos; e derivados Sintéticos: LSD-25 e MDMA/ecstasy.

**TABELA 3: Pesquisa do Conselho Nacional de Ministérios Públicos 2012-2013**

- Prevalência de 48.999 crianças em abrigos no Brasil
- Principais causas do abrigamento:
  - 1- Uso de drogas (79% das crianças)
  - 2- Negligência de cuidadores ou responsáveis (77%)
  - 3- Violência doméstica contra o menor (53%)
  - 4- Violência ou abusos sexual(43%)

- **Alucinógenos Secundários:**  
anticolinérgicos e substâncias em altas doses

O uso de drogas na gestação é subestimado, sendo necessário o rastreio e a diagnóstico precoce, visto que estas substâncias são moléculas pequenas que passam pela barreira placentária e hematoencefálica com facilidade, resultando em grave teratogenicidade conforme a intensidade deste consumo. Os efeitos da droga no desenvolvimento neurocomportamental do feto podem ser de DEPRESSÃO ou EXCITABILIDADE dos sistemas neuromusculares e cardiorespiratórios (Hockenberry, 2011)

O esolpo do artigo se trata das consequências do uso específico de crack/cocaína na gestação, sendo necessário pontuar alguns aspectos específicos destas usuárias.

Existem vários achados clínicos que sugerem o uso de drogas durante a gestação, sendo os mais relevantes a Maturidade placentária precoce e o Retardo do Crescimento Intra-Uterino (RCIU). As complicações podem ser divididas em Maternas (clínicas e obstétricas) e Fetais ou Neonatais, conforme tabelas 4, 5 e 6.

# SAÚDE MENTAL

**TABELA 4: Complicações Clínicas devido ao uso de Cocaína/Crack**

SISTEMA	DOENÇA ESPECÍFICA
Respiratório	Hemoptise, Asma, Sinusite, Bronquiolite, Tuberculose, outros
Cardiovascular	Celulites, Abscessos, Vasculites e Endocardites ( <i>S. Aureus</i> )
Nervoso Central	Tiques, Coréias, Encefalites fúngicas e Abscessos cerebrais
Hepático	Hepatites (tipo B e C) e por HIV

**Tabela 5: Complicações Obstétricas (Botell et López, 2005)**

SISTEMA	SINAIS E SINTOMAS
Nervoso Central	Cefaléias Hemorragias cerebrais Isquemias e AVC
Cardiovascular	Taquicardia e Arritmias Hipertensão Pré-Eclâmpsia e Eclâmpsia
Útero-placentário	Hematoma Retroplacentário Descolamento Prematuro e Maturidade Precoce Roturaprecocemambranar
Outros	Oligoâmnio Trabalho de parto prematuro Aborto espontâneo

As principais complicações materno-fetais, a curto e médio prazo, do uso de crack/cocaína também pode ser dividida em: Intoxicação (materna e neonatal) e Síndrome de abstinência.

## INTOXICAÇÃO AGUDA

### ➤ Quadro clínico do crack em mulheres

- Cefaléia, sudorese e dilatação pupilar (midríase)
- Taquicardia, hipertensão, taquipnéia, vasoconstrição (p.ex. IAM e AVCi)
- Tremores de extremidades e convulsão - Sangramento Nasal ou conjuntival

**Tabela 6: Complicações Fetais ou Neonatais (Callen, 2008)**

SISTEMA	SINAIS E SINTOMAS
Nervoso Central	Microcefalia Atraso de NeuroDesenvolvimento
Respiratório	Asma Bronquiolite
Cardiovascular	Mal formações valvares Arritmias graves
Gastrointestinais	Atresias Enfartes
Genitourinário	Criptorquia Hidronefrose
Outros	Redução de membros RCIU

- Dor abdominal e perda de apetite
- Agitação psicomotora e agressividade
- Delírios paranóides e alucinações

### ➤ Quadro clínico do crack em Neonatais (Chiribonga et al. 2007)

- Letargia ou irritabilidade
- Hipotonia ou hipertonia com rigidez
- Choro fácil ou choro agudo
- Dificuldade de acordar ou sucção
- Intolerância a mudanças de rotina e dificuldades de ser acalmado.

# SAÚDE MENTAL

Já a síndrome de abstinência é caracterizada pelo conjunto de sinais e sintomas de: fissura (forte compulsão pelo uso), ansiedade e humor disfórico ou irritado, com hipersonia, hiperfagia, polidipsia e fadiga (na primeira semana), sucedidos pela agitação psicomotora, pesadelos, déficit de atenção, tremores, dores musculares e Craving intenso com possibilidade de recaídas deste consumo durante anos. Sendo assim, a dependência química é uma doença crônica cuja a regra será a recaída com necessidade de acompanhamento contínuo e por equipe multiprofissional e intersetorial no território do sujeito.

O primeiro passo para o tratamento será a motivação contínua e o desejo do paciente de se cuidar, buscando tratar também as comorbidades clínicas ou psiquiátricas além de estimular a aprendizagem de novas habilidades e a reinserção sócio-profissional pela equipe bem preparada, respeitando a especificidade de cada profissão.

O tratamento pode ser dividido em: abordagem não-farmacológica e farmacológica, tendo o acolhimento e uma boa anamnese prerrogativas fundamentais para estes tratamentos. Sendo assim, as não-farmacológicas são: Psicoterapias (por exemplo: terapia cognitivo-comportamental), entrevista motivacional, prevenção de recaídas, grupos de auto-ajuda, intervenção familiar e social e redução de danos. Já as farmacológicas, não existe uma medicação padrão-ouro para o tratamento, sendo feita conforme a sintomatologia do paciente, podendo ser: anticonvulsivantes,

antidepressivos, ansiolíticos ou benzodiazepínicos, naltrexone, dissulfiram, mondafinila e antipsicóticos.

É importante ressaltar que o uso de drogas pode acarretar gravidez de alto risco ou agravar o quadro pré-existente de uma ameaça real de agravo em saúde com risco de vida à mãe e / ou ao feto em decorrência de um distúrbio ou situação coincidente ou única na gravidez. Sabe-se que mulheres com gravidezes de alto risco são expostas a maior estresse emocional e orgânico devido ao rótulo de alto risco, gerando menor atenção da equipe para seu quadro de sofrimento mental bem como maior vulnerabilidade, maior percepção de um desfecho negativo da gestação, ansiedade intensa e contínua, sintomas depressivos, redução da sensação de bem-estar e até parto prematuro. (RIBEIRO et al, 2016).

Ainda faltam políticas públicas que acessem diretamente esses usuários, embora pequenos passos venham sendo dados, através de grandes investimentos do governo federal e estadual para a prevenção, e o combate a essa droga, como o Programa de Redução de Danos, oferecido pelo Ministério da Saúde. Estas são um conjunto de políticas e práticas cujo objetivo é reduzir os danos associados ao uso de drogas psicotrópicas em pessoas que não podem ou não querem parar de usá-las. A redução de danos foca na prevenção as lesões já instauradas e também nas pessoas que seguem usando estas drogas de amplitude tão devastadora (BRASIL, 2013).

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALVES, T. M.; ROSA, L.C.S. Usos de substâncias psicoativas por mulheres: a importância de uma perspectiva de gênero. [http://dx.doi.org/10.1590/1805-9584-2016\\_v24\\_n2](http://dx.doi.org/10.1590/1805-9584-2016_v24_n2), p443.
- ASSIS, D.A.D.; SILVA, A.A.; TORRES, T.. Políticas de saúde mental, álcool e outras drogas e de criança e adolescente no Legislativo. SAÚDE DEBATE, v. 41, n. 112, p. 255-272, jan-mar, 2017.
- BOTELHO, A.P.M.; ROCHA, R.C; MELO, V.H. Uso e dependência de cocaína/crack na gestação, parto e puerpério. *Femina*, vol41, nº 1, Janeiro/Fevereiro, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção à Saúde/Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Guia Estratégico para o Cuidado de Pessoas com Necessidades Relacionadas ao Consumo de Álcool e Outras Drogas: Guia AD. 1 ed, 101 p, 2015.
- CAMARGO, P. O.; MARTINS, M.F.D.; Os efeitos do crack na gestação e nos bebês nascidos de mães usuárias: Uma revisão bibliográfica. *Cad. Ter. Ocup. UFSCar, São Carlos*, v. 22, n. Suplemento Especial, p. 161-169, 2014.
- CLARO, H. G., et al. Uso de drogas, saúde mental e problemas relacionados ao crime e à violência: estudo transversal. *Rev. Latino-Am. Enfermagem nov.-dez.*;23(6), p. 1173-80, 2015.
- FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ - FIOCRUZ. Estimativo número de usuários de crack e/ou similares nas Capitais do País. Rio de Janeiro, 2013a. Disponível em: <<http://portal.mj.gov.br/services/DocumentManagement/FileDownload.EZTSvc.asp?DocumentID={9B17D77F-C442-4B2B-8705-17920F30C6F}&ServiceInstUID={74624DEB-0C14-4B3A-B8F3-CD26DEF53FC1}>>. Acesso em: 12 fev. 2018.
- FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ - FIOCRUZ. Perfil dos usuários de crack e/ou similares no Brasil. Rio de Janeiro, 2013b. Disponível em: <<http://portal.mj.gov.br/services/DocumentManagement/FileDownload.EZTSvc.asp?DocumentID={0FCDC036-D0AF-4EDB-B2D5-140DF943F56C}&ServiceInstUID={74624DEB-0C14-4B3A-B8F3-CD26DEF53FC1}>>. Acesso em: 12 fev. 2018.
- GALDURÓZ, J.C.; NOTO, A.R.; NAPPO, S.A.; CARLINI, E.A.. Household survey on drug abuse in Brazil: study involving the 107 major cities of the country-2001. *Addict Behav.* 30(3); 545-56; 2005.
- MORIARTY, K.M.; ALAGNA, S.W.; LAKE, C.R. Psychopharmacology: an historical perspective, *Psychiatr Clin North Am*, v.7, n.3, p.411-33, 1984.
- RIBEIRO, H. L., et al. Efeitos do consumo de *Cannabis* na gravidez e no período pós-parto. *Revista Debates em Psiquiatria*, Mar/Abr, p. 16-24, 2016.
- SOUZA, J.O. K.P.; ALMEIDA, L.Y.; DOMINGOS, S.A.; ANDRADE, L.S.; ZANETTI, A.C.G. Consumo de drogas e conhecimento sobre sus consecuencias entre los estudiantes de graduación en enfermería. *Texto Contexto Enferm*, 27(2), 2018.
- YAMAGUCHI, E.T.; CARDOSO, M.S.C.; TORRES, M.L.A.; ANDRADE, A.G. Drogas de abuso e gravidez. *Revista de Psiquiatria Clínica*, São Paulo, v.35, supl.1, 2008.



## Assistência Farmacêutica

### Política Estadual de Assistência Farmacêutica de Pernambuco

A Política Estadual de Assistência Farmacêutica (PEAF) objetiva garanti à população o acesso integral e qualificado aos medicamentos essenciais e produtos para saúde padronizados e incluídos na Relação Estadual de Medicamentos Essenciais (REESME) em todo os níveis de atenção à saúde, promovendo o uso racional, a dispensação contínua e o atendimento humanizado.

O Conselho Estadual de Saúde de Pernambuco – CES/PE aprova através da RESOLUÇÃO Nº 753 de 08 de AGOSTO DE 2018 a POLÍTICA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA – PEA/PE, publicado no Diário Oficial do Estado de Pernambuco em 17 de agosto de 2018.

Participaram da exposição da Política o Diretor de Assistência Farmacêutica/SES-PE, Mário Moreira, e a Conselheira Estadual e Coordenadora do GT de Assistência Farmacêutica do CES/PE, Veridiana Ribeiro.



Reflexo de um trabalho iniciado desde 2014, a Política vem sendo pauta de discussões e debates dentro do CES/PE, e neste ano, o Grupo de Trabalho (GT) da Assistência Farmacêutica do CES/PE retomou suas atividades, após deliberação em Pleno. Além de serem discutidas questões como abastecimento farmacêutico e o fornecimento de medicamentos no Estado, o GT teve como proposta principal a elaboração da Política Estadual de Assistência Farmacêutica de Pernambuco.



Durante a exposição da Diretoria de Assistência Farmacêutica foi apresentado um conjunto de ações voltadas para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde individual e coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial, garantindo o acesso de forma integral e racional, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população executada no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Segundo o Conselheiro de Saúde, Humberto Antunes, a aprovação representa um grande avanço para sociedade e para o controle social: “Neste Pleno aprovamos uma Política que fundamental para a estratégia da Atenção à Saúde. A utilização de medicamentos, inclusive os fitoterápicos, independente que seja destinada para atenção primária ou para assistência de média e alta complexidade está fazendo parte de uma diretriz da saúde do Estado. A partir dessa aprovação vamos ter caminhos para solucionar as questões fundamentais da Atenção à Saúde”.

Fonte: Site do Conselho Estadual de Saúde de Pernambuco

<http://www.ces.saude.pe.gov.br/cespe-aprova-a-politica-estadual-de-assistencia-farmacautica-de-pernambuco/>

## Diretoria de Assistência Farmacêutica - DGAF

### DGAF em Ação

A DGAF realizou e participou de várias ações no 2º semestre de 2018, conheça algumas delas:

O diretor Mário Moreira representou a DGAF-PE no **Fórum Norte, Nordeste e Centro-Oeste de DPOC**, realizado no dia 03 de agosto na cidade de Goiânia- Goiás.

Temas abordados no evento: Epidemiologia da DPOC no Brasil; Elaboração e atualização de PCDT a nível do MS; O que precisamos para diagnosticar e tratar desde a atenção primária a terciária?; Experiências na Implantação e Protocolos Estaduais de DPOC; Situação atual dos estados; Palavra dos gestores: o que podem fazer para este controle?



Em 13/08/2018 a Diretoria Geral de Assistência Farmacêutica realizou uma palestra sobre Artrite Reumatóide para equipe DGAF e do Projeto Expansão do Cuidado Farmacêutico e do Uso Racional de Medicamentos. A palestra foi ministrada pela Dra. Ângela Duarte.

A DGAF realizou no dia 10/08/2018 uma palestra sobre Hepatite C no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica para equipe DGAF e do Projeto Cuidado. Expansão do Projeto Cuidado Farmacêutico e do Uso racional de Medicamentos. O palestrante foi Dr. Tibério Batista de Medeiros



Em 27/09/2018 a DGAF realizou reunião sobre o tema : Reunião Ampliada de doenças Pulmonares, no auditório da DGAF - Boa Vista, estavam presentes membros do comitê de Pneumologia, outros médicos pneumologistas, o diretor Mário Moreira, gerentes e coordenadores da DGAF. No momento se discutiu vários assuntos e aproveitou-se para revisão das Normas Técnicas Estaduais de Pneumologia.

Dra. Amanda Figueiredo representou a Secretaria de Saúde de Pernambuco e a Diretoria Geral de Assistência Farmacêutica no 8º Simpósio Nacional de Ciência, Tecnologia e Assistência Farmacêutica - Encontros Preparatórios, realizado nos dias 20 e 21 de setembro de 2018.



## Diretoria de Assistência Farmacêutica - DGAF

### DGAF em Ação

Ações da DGAF no 2º semestre de 2018

A DGAF recebeu em 25/10/2018 os alunos da Faculdade Pernambucana de Saúde- FPS para início das atividades do Rodízio de Estágio com a finalidade de apresentar todo o contexto de execução das atividades da Diretoria Geral de Assistência Farmacêutica, conforme setores do organograma, para aprimorar, aprender e aplicar como profissional de saúde no âmbito do SUS.

O período de duração do estágio é de 26/10/2018 a 13/12/2018.



Em 10/10/2018 foi realizada a palestra sobre o tema Esclerose múltipla, com o objetivo de atualizar os colaboradores e profissionais da Diretoria Geral de Assistência Farmacêutica.

No início do mês de dezembro foi finalizado o ciclo de visitas técnicas dos estagiários da FPS que iniciou em Outubro/2018, com apresentações dos relatórios e com trocas de conhecimentos.



Retornar as visitas técnicas nas gerências regionais de saúde (GERES), já no 1º semestre de 2019 é fundamental no sentido de concluir a avaliação da Assistência Farmacêutica no âmbito estadual.

A Diretoria Geral de Assistência Farmacêutica, verificou a evolução da Política no atendimento aos usuários do SUS, após as visitas as Farmácias de Pernambuco e Centrais de Abastecimentos Farmacêuticos – CAF.

Concluir a avaliação nas 12 GERES dará um suporte importante na consolidação da Política Estadual de Assistência Farmacêutica aprovada recentemente pelo governo de Pernambuco.

Em 18/12/2018 foi realizada a 1ª reunião sobre a proposta de curso para assistência farmacêutica, apresentada pelo Dr. Lindemberg Assunção Costa.

O objetivo do curso é melhorar a qualificação profissional nas áreas de planejamento e gestão da assistência Farmacêutica.



## Educação e Saúde



### Capacitação de colaboradores

A farmácia de Pernambuco unidade metropolitana tem realizado uma vez por mês um momento dedicado a capacitação e qualificação dos seus colaboradores, em 2018 foram realizadas palestras motivacionais, educativas, treinamentos, orientações preventivas, destaques para o outubro rosa e novembro azul, também foram realizados teste rápidos das hepatite B ,C e outros.

A farmácia tem contado com o apoio e participação de diversos profissionais de saúde, que ministraram palestras sobre as patologias contempladas pelos programas ofertados nas Farmácias de Pernambuco.

A Diretoria Geral de Assistência Farmacêutica e GOAFPE agradecem a todos os profissionais que contribuíram e dedicaram seu tempo a este momento único de qualificação e interação dos colaboradores.



\*Gerência de Organização e Administração das Farmácia de Pernambuco – GOAFPE

## Matéria Especial

### Medalha do Mérito Farmacêutico de Pernambuco



O Conselho Regional de Farmácia de Pernambuco – CRF/PE homenageou sete farmacêuticos e um médico que foram condecorados, na noite de 21/09/2018, com a Comenda do Mérito Farmacêutico de Pernambuco. O título é entregue anualmente pelo CRF a profissionais que se destacaram pelos serviços prestados à profissão e marca o Dia Internacional do Farmacêutico, comemorado em 25 de setembro.

A revista F&T em Foco parabeniza a todos os homenageados: Aexalgina de Aguiar Tavares, Ana Cláudia Florêncio Neves, André Santos da Silva, Beatriz Helena Ferreira Sitônio, Bráulio Cesar de Souza, Dagoberto Ferreira de Carvalho Júnior, Flávia Patrícia Morais de Medeiros e Manoel Lázaro Sampaio.

Entre os homenageado ressaltamos a presença do médico e escritor Dr. Dagoberto Carvalho Jr, ex-coordenador dos Comitês de Farmácia e Terapêutica da SES/PE e ex-editor da Revista F&T em Foco, a qual tem o honra de publicar o texto de agradecimento do mesmo:

#### Medalha do Mérito Farmacêutico de Pernambuco

Não mais cabendo no circuito afetivo do piauiense ‘recifensizado’ pela Câmara Municipal da bela e hospitaleira capital pernambucana, com a Medalha do Mérito José Mariano (24 de novembro de 1992) e sua própria cidadania (16 de outubro de 2003), imerecidas homenagens a que agradei com palavras que a juventude assegurava mais fortes; recorro, nesta terceira ‘insigniação’ recifense, agora com a Medalha do Mérito Farmacêutico de Pernambuco, 2018 – que muito tem a ver com o exercício da vocação e formação médico-humanística, ‘alargada’ para associar-se à Farmácia, *stricto sensu*, a que emprestei, quase, os últimos dez anos de serviço público –recorro (repito) à palavra escrita, não esquecido do poeta William Shakespeare, para quem “pode a estátua na guerra ser tombada/ e a cantaria o vil motim destrua,/ nem fogo ou Marte apagará com a espada,/ vivo registro da memória tua”.

Quando aceitei o convite do Secretário Estadual de Saúde, médico e escritor Gentil Porto, meu companheiro no Conselho Regional de Medicina, de Pernambuco, para coordenar, na Assistência Farmacêutica da referida Secretaria –, ali recebido por seu então diretor, Edmilson Nascimento –, as Comissões, depois, Comitês de Farmácia e Terapêutica (constituídas de

## Matéria Especial

médicos e farmacêuticos ligados às especialidades que demandavam medicamentos, então ditos 'excepcionais'); estava longe de imaginar a riqueza da nova experiência profissional, porque ali se 'encontravam', mais de perto, a Farmácia e a Medicina, pequeno-grande mundo que me proporcionou aprendizado até então não vivera. Estava longe de imaginar a completude humano-científica que a oportunidade me presenteava, depois de 'meia' vida (pelo quase quarto de século, mesmo, antes trabalhado) no antigo PAM-7, do extinto INAMPS, via concurso DASP; depois Hospital Geral de Areias, onde funcionalmente, 'caminhara' de 'plantonista' a Diretor Geral.

Não tentarei, nesta página de agradecimento ao Conselho Regional de Farmácia, pela 'Medalha do Mérito Farmacêutico de Pernambuco' 2018, nominar os amigos que deixei na SAF (Serviço de Assistência Farmacêutica da SES, como deveria continuar sendo). Pelos limites, mesmo, da lembrança, saúdo-os em nome do farmacêutico José de Arimatea Rocha, que dimensionou a velha 'Farmácia do Estado', no tempo físico e no espaço político-administrativo, como antes nunca se ousara, nem creio que ainda se consiga. Anjos da guarda há-os, sempre e eles, com certeza, sentir-se-ão lembrados, também, pelos nomes dos farmacêuticos e professores André Santos Silva (conselheiro, autor da iniciativa de concessão da medalha, a quem expresse particular agradecimento) e Maria Selma Lopes Machado, amiga e mestra de ciências farmacêuticas e relações humanas. Perdoem-me o que o coração – para manter-se fiel à poesia – decerto não perdoará às passadas primaveras, pelos 'outonais invernos' que anteciparam. Em nome dos funcionários todos, Mônica de Souza, a artista de 'Farmácia & Terapêutica em foco' e do anteprojeito editorial de meu Tempo da Farmácia. Fiquei muito nesse livro. Fiquei muito na 'Farmácia'!

Dagoberto Carvalho Jr.  
Recife, 22 de setembro de 2018



Fotos de Rafael Oliveira / site CRF

## Saúde



O Sistema Único de Saúde – SUS foi instituído pela [Constituição Federal de 1988](#), em seu [artigo 196](#), como forma de efetivar o mandamento constitucional do direito à saúde como um “direito de todos” e “dever do Estado” e está regulado pela Lei nº. 8.080/1990,<sup>[4]</sup> a qual operacionaliza o atendimento público da saúde. Tem como missão garanti o acesso integral, universal e igualitário à população brasileira, do simples atendimento ambulatorial aos transplantes de órgãos.

A Constituição de 1988 foi um marco na história da saúde pública brasileira ao definir a saúde como direito de todos e dever do Estado.

### Sistema Único de Saúde (SUS): estrutura, princípios e como funciona

O que é o Sistema Único de Saúde (SUS)?

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde pública do mundo, abrangendo desde o simples atendimento para avaliação da pressão arterial, por meio da Atenção Básica, até o transplante de órgãos, garantindo acesso integral, universal e gratuito para toda a população do país. Com a sua criação, o SUS proporcionou o acesso universal ao sistema público de saúde, sem discriminação. A atenção integral à saúde, e não somente aos cuidados assistenciais, passou a ser um direito de todos os brasileiros, desde a gestação e por toda a vida, com foco na saúde com qualidade de vida, visando a prevenção e a promoção da saúde.



A gestão das ações e dos serviços de saúde deve ser solidária e participativa entre os três entes da Federação: a União, os Estados e os municípios. A rede que compõe o SUS é ampla e abrange tanto ações quanto os serviços de saúde. Engloba a atenção básica, média e alta complexidades, os serviços urgência e emergência, a atenção hospitalar, as ações e serviços das vigilâncias epidemiológica, sanitária e ambiental e assistência farmacêutica.

### Estrutura do Sistema Único de Saúde (SUS)

O Sistema Único de Saúde (SUS) é composto pelo Ministério da Saúde, Estados e Municípios, conforme determina a Constituição Federal. Cada ente tem suas co-responsabilidades.

## Saúde

### Ministério da Saúde

Gestor nacional do SUS, formula, normatiza, fiscaliza, monitora e avalia políticas e ações, em articulação com o Conselho Nacional de Saúde. Atua no âmbito da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) para pactuar o Plano Nacional de Saúde. Integram sua estrutura: Fiocruz, Funasa, Anvisa, ANS, Hemobrás, Inca, Into e oito hospitais federais.

### Secretaria Estadual de Saúde (SES)

Participa da formulação das políticas e ações de saúde, presta apoio aos municípios em articulação com o conselho estadual e participa da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) para aprovar e implementar o plano estadual de saúde.

### Secretaria Municipal de Saúde (SMS)

Planeja, organiza, controla, avalia e executa as ações e serviços de saúde em articulação com o conselho municipal e a esfera estadual para aprovar e implantar o plano municipal de saúde.

### Conselhos de Saúde

O Conselho de Saúde, no âmbito de atuação (Nacional, Estadual ou Municipal), em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.



### Comissão Intergestores Tripartite (CIT)

Foro de negociação e pactuação entre gestores federal, estadual e municipal, quanto aos aspectos operacionais do SUS

### Comissão Intergestores Bipartite (CIB)

Foro de negociação e pactuação entre gestores estadual e municipais, quanto aos aspectos operacionais do SUS

### Conselho Nacional de Secretário da Saúde (Conass)

Entidade representativa dos entes estaduais e do Distrito Federal na CIT para tratar de matérias referentes à saúde.

### Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems)

Entidade representativa dos entes municipais na CIT para tratar de matérias referentes à saúde

### Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde (Cosems)

São reconhecidos como entidades que representam os entes municipais, no âmbito estadual, para tratar de matérias referentes à saúde, desde que vinculados institucionalmente ao Conasems, na forma que dispuserem seus estatutos.

## Saúde

### Princípios do Sistema Único de Saúde (SUS)

**Universalização:** a saúde é um direito de cidadania de todas as pessoas e cabe ao Estado assegurar este direito, sendo que o acesso às ações e serviços deve ser garantido a todas as pessoas, independentemente de sexo, raça, ocupação ou outras características sociais ou pessoais.

**Equidade:** o objetivo desse princípio é diminuir desigualdades. Apesar de todas as pessoas possuírem direito aos serviços, as pessoas não são iguais e, por isso, têm necessidades distintas. Em outras palavras, equidade significa tratar desigualmente os desiguais, investindo mais onde a carência é maior.

**Integralidade:** este princípio considera as pessoas como um todo, atendendo a todas as suas necessidades. Para isso, é importante a integração de ações, incluindo a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação. Juntamente, o princípio de integralidade pressupõe a articulação da saúde com outras políticas públicas, para assegurar uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas que tenham repercussão na saúde e qualidade de vida dos indivíduos.

### Princípios Organizativos

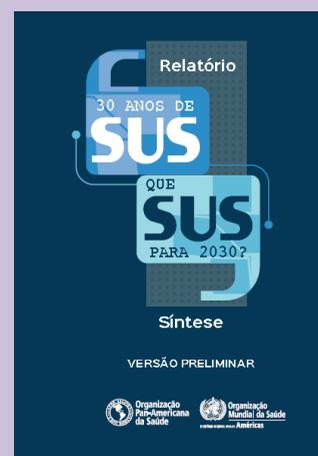
**Regionalização e Hierarquização:** os serviços devem ser organizados em níveis crescentes de complexidade, circunscritos a uma determinada área geográfica, planejados a partir de critérios epidemiológicos e com definição e conhecimento da população a ser atendida.

[Clique aqui p/ saber mais do SUS](#)

No marco dos 30 anos do Sistema Único de Saúde (SUS), a Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) lançou no dia 30 de outubro a versão preliminar de uma publicação que sintetiza alguns dos maiores conhecimentos e experiências acumuladas em toda sua história de cooperação técnica com o Brasil.

Uma das recomendações presentes no relatório, intitulado “30 anos de SUS – Que SUS para 2030?”, é a importância da expansão e consolidação de uma atenção primária de saúde forte (APS Forte), que ordene as redes de atenção e as integre aos sistemas de vigilância em saúde. Evidências científicas internacionais têm comprovado que um sistema de saúde baseado em uma APS forte oferece melhores resultados, eficiência, menores custos e maior qualidade de atendimento em comparação com outros modelos.

[Clique aqui p/ baixar](#)



Fontes:

<http://portalm.s.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude>

<http://www.conass.org.br/30-anos-de-sus-opas-oms-lanca-publicacao-sobre-as-conquistas-e-os-desafios-para-sustentabilidade-do-sus/>

## Protocolo Clínicos



### Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas – atualizados em 2018

#### [Síndrome Nefrótica Primária em Crianças e Adolescentes](#)

Portaria SAS/MS nº 459 - 21/05/2012 revogada pela [Portaria Conjunta nº 01, de 10/01/2018](#)

#### [Diabetes Insípido](#)

Portaria SAS/MS nº 1.299 - 21/11/2013 revogada pela [Portaria Conjunta nº 02, de 10/01/2018](#)

#### [Sobrecarga de Ferro](#)

Portaria Conjunta SAS/SCTIE nº 7 - 23/02/2018

#### [Doença Falciforme](#)

Portaria SAS/MS nº 55 - 29/01/2010 revogada pela [Portaria Conjunta nº 05, de 22/02/2018](#)

#### [Diabetes Mellitus tipo 1](#)

Portaria Conjunta SAS/SCTIE nº 08 - 16/03/2018

#### [Hepatite C e coinfeções](#)

Portaria SCTIE/MS nº 13/2018 - 13/03/2018

#### [Doença de Wilson](#) (Republicado em [27/03/2018](#))

Portaria Conjunta SAS/SCTIE nº 9 – 27/03/2018

#### [Esclerose Múltipla](#) (Republicado em [02/04/2018](#))

Portaria Conjunta SAS/SCTIE nº 10 - 02/04/2018

#### [Glaucoma](#) (Republicado em [02/04/2018](#))

Portaria Conjunta SAS/SCTIE nº 11 - 02/04/2018

#### [Síndrome de Turner](#) (Publicado em [24/05/2018](#))

Portaria Conjunta SAS/SCTIE nº 15 – 09/05/2018

#### [Epilepsia](#) (Publicado em [27/06/2018](#))

Portaria Conjunta SAS/SCTIE nº 17 - 27/06/2018

#### [Espondilite Anquilosante](#)

Portaria Conjunta SAS/SCTIE nº 25 - [22/10/2018](#)



**Clique e confira  
cada protocolo**



PROTÓCOLOS  
CLÍNICOS E  
DIRETRIZES  
TERAPÊUTICAS

## Normas Técnicas

### Normas Técnicas – atualizados em 2018

[Norma técnica N.01.2017 de EPILEPSIA EM PACIENTES PORTADORES DE MICROCEFALIA](#)

[Norma Técnica Nº 01.2013 de NEFROPATIAS](#)

[Norma Técnica Nº 02.2013 de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica – DPOC](#)

[Norma Técnica Nº 02.2014 Neuromielite Óptica](#)

[Norma Técnica Nº 03.2012 de Diabetes Mellitus](#)

[Norma Técnica Nº 03.2013 de Disfunções Neuromusculares da Bexiga](#)

[Norma Técnica Nº 03.2014 Miastenia Gravis](#)

[Norma Técnica Nº 04.2012 Doenças Hepáticas](#)

[Norma Técnica Nº 04.2013 de Osteoporose](#)

[Norma Técnica Nº 05.2013 de Doença de Parkinson](#)

[Norma Técnica Nº 06.2013 de FIBROSE CÍSTICA](#)

[Norma Técnica Nº 08.2012 de Asma Grave](#)

[Norma Técnica Nº 08.2013 de Comorbidades Assossiadadas ao Transplante](#)

[Norma Técnica Nº 09.2013 de Imunossupreção em Transplante de Medula Óssea](#)

[Norma Técnica Nº 10.2012 de Asma Grave Em Pediatria](#)

[Norma Técnica Nº 10.2013 de Imunossupressão em Transplante de Fígado](#)

[Norma Técnica Nº 11.2012 de Glaucoma](#)

[Norma Técnica Nº 11.2013 de Imunossupressão em Transplante Cardíaco](#)

[Norma Técnica Nº 12.2013 de Imunossupressão em Transplante de Pulmão](#)

[Norma Técnica Nº 13.2013 de Insuficiência Renal Crônica](#)

[Norma Técnica Nº 14.2013 de Epilepsia](#)

[Norma Técnica Nº 15.2013 de DOR NEUROPÁTICA](#)

[Norma Técnica Nº 19.2013 de Mieloma Múltiplo](#)

[Norma Técnica Nº 20.2013 de Pênfigo Vulgar](#)

[Norma Técnica Nº 21.2013 de Doença de Alzheimer](#)

[Norma Técnica Nº 22.2013 de TROMBOSE VENOSA PROFUNDA NA GRAVIDEZ – TVPG](#)

[Norma Técnica Nº 24.2013 de Esquizofrenia](#)

[Norma Técnica Nº 25.2013 Transtorno Déficit de Atenção – TDAH](#)

[Norma Técnica Nº 26.2013 Transtorno Afetivo Bipolar – TAB](#)

[Norma Técnica Nº 27.2013 Trombocitemia Essencial ou Ideopática](#)

[Norma Técnica Nº 29.2013 de Doença de Fabry](#)



**Clique e confira  
cada norma**

## Tecnologia & Saúde



Aplicativo do SUS aproxima cidadãos dos serviços públicos de saúde

*Plataforma conta com 1,2 milhão de downloads e facilita a vida de usuários e gestores. A ferramenta também dá transparência aos atendimentos, como retirada de medicamentos*

Serviços, informações e utilidades públicas em saúde a um toque dos pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS), e o melhor: sem sair de casa. Essa praticidade já está disponível a toda população no aplicativo, Meu DigiSUS, plataforma móvel e digital disponibilizada pelo Ministério da Saúde, para dar comodidade e autonomia aos usuários e dar agilidade aos serviços no SUS. Por meio dele, a população já pode acompanhar via celular, suas consultas e exames ambulatoriais, nas UBS informatizadas; dispensação de medicamentos; visualização do histórico de suas solicitações; posição na fila do Sistema Nacional de Transplantes; entre outras funcionalidades relacionadas à saúde pública.

Pela plataforma móvel oficial do SUS, o cidadão consegue encontrar hospitais, unidades de saúde e outros estabelecimentos próximos de sua residência; identificar farmácias participantes do Aqui tem Farmácia Popular e acompanhar os medicamentos que o cidadão retirou, além de avaliar o atendimento desses serviços. Também é possível acessar uma linha do tempo de cada atendimento realizado pelo SUS, além do Cartão Nacional de Saúde e os dados pessoais, com informações sobre nutrição e alergias.

### Como baixar o aplicativo



Para realizar seu primeiro acesso, baixe o aplicativo Meu DigiSUS na loja compatível com o celular e insira algumas informações básicas como: CPF, nome da mãe e e-mail. Após isto, o sistema localizará o seu cartão e enviará ao correio eletrônico cadastrado uma mensagem para verificação de segurança. Após este passo, você visualizará o número do seu Cartão Nacional de Saúde e terá acesso às suas informações de saúde.

Se não conseguir entrar no aplicativo, o Ministério da Saúde recomenda que o usuário procure a unidade de saúde mais próxima da sua residência para que o seu cadastro possa ser realizado. Para outras dúvidas, ligar na Ouvidoria do SUS, no 136.

Fonte: Ministério da Saúde  
<http://portalms.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/44394-aplicativo-do-sus-aproxima-cidadaos-dos-servicos-publicos-de-saude>

Divulgação

[www.farmacia.pe.gov.br](http://www.farmacia.pe.gov.br)



Visite o site para ter acesso as informações: Medicamentos disponíveis em: Busca por Medicamento – Patologias contempladas: Guias de Orientação ao Usuário – Publicações: revistas, informativos, panfletos e livros – e outros. [Clique aqui](#)

## Informativo DGAF



O Informativo DGAF é um folheto eletrônico mensal, contendo conteúdo sobre as ações e participações da Diretoria Geral de Assistência Farmacêutica e assuntos relacionados à saúde.

O informativo está disponível através do portal: [www.farmacia.pe.gov.br](http://www.farmacia.pe.gov.br) [Clique aqui](#)

# Entretenimento

## Jogos de Natal

### Jogo dos 7 erros: Presépio Natalino



	A	B	C	D	E	F	G	H
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								

	A	B	C	D	E	F	G	H
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								

Erro 1:

Erro 2:

Erro 3:

Erro 4:

Erro 5:

Erro 6:

Erro 7:

Escreva os erros em forma de coordenadas (Ex. 1ª, 3G, 8B, ect) e em rigorosa ordem numérica e alfabética.

### Jogo de letras embaralhadas:

Forme as palavras.  
Dica: Tem na festa natalinas!

ÉSPPIORE

VOAERR

ESTEENPR

FEIENTE

# Entretenimento

## Jogos de Natal

### Labirinto:

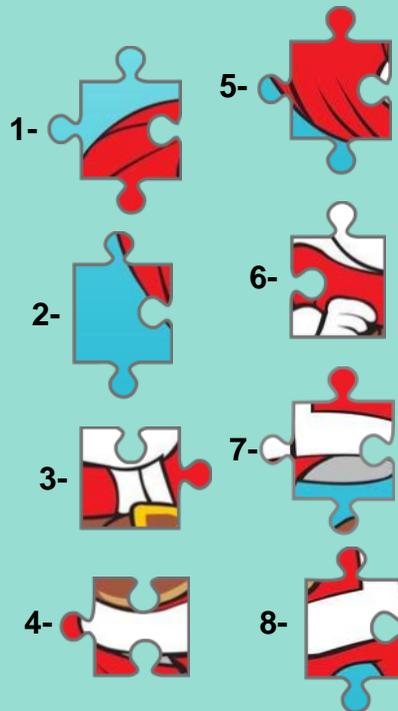
No Natal é comemorado o nascimento do menino Jesus, ajude os pastores a encontrarem o caminho certo para a manjedoura.



Ajude o Papai Noel a encontrar suas renas.



### Quebra cabeça:



Jogo dos 7 erros

- Erro 1: 4A
- Erro 2: 6C
- Erro 3: 6E
- Erro 4: 6F
- Erro 5: 8H
- Erro 6: 9D
- Erro 7: 9F

Jogo dos 7 erros - Presépio Natalino

- 1- Marquinha na estrela
- 2- Cajado menor
- 3- Falta botões na roupa de José
- 4- Falta as flores do lado direito
- 5- Orelha da ovelha
- 6- Marquinha na vaca está menor
- 7- Falta marquinhas na roupa de Maria

Banco de Respostas:

Quebra-Cabeça  
Resp.: 3 - 5 - 7

Letras embaralhadas:  
PRESEPIO, ARVORE,  
PRESENTE e ENFENTE

### Revistas F&T em Foco



Você pode baixar as 14 (quatorze) edições anteriores, através do link: [Clique aqui](#)



A Revista F&T em Foco é uma revista eletrônica.

Ao optar por essa forma de visualização, as revistas, livros e jornais deixam de imprimir em papel e assim Passam a preservar o meio ambiente, evitando a derrubada de milhares de árvores.

Deixe o papel de lado e aposte no formato digital. É simples, rápido, seguro e um gesto em defesa da natureza



**Realização**

**Coordenação de Farmácia e Terapêutica - CFT**



DIRETORIA GERAL DE  
ASSISTÊNCIA  
FARMACÊUTICA

SECRETARIA EXECUTIVA DE  
ATENÇÃO À SAÚDE



SECRETARIA  
DE SAÚDE

GOVERNO DO ESTADO

*Pernambuco*

### **Apoios**

**Secretaria Estadual de Saúde - SES**  
**Secretaria Executiva de Atenção à Saúde - SEAS**  
**Diretoria Geral de Assistência Farmacêutica**  
**do Estado de Pernambuco - DGAF**  
**Gerência de Operacionalização da Política de**  
**Assistência Farmacêutica – GEPAF**